


Fatores associados à realização de acolhimento pelas equipes da Atenção Básica à Saúde no Brasil, 2012: um estudo transversal*


doi: 10.1590/S1679-49742020000500017


Factors associated with service user embracement by Primary Health Care teams in Brazil, 2012: a cross-sectional study

Factores asociados al acogimiento por los equipos de Atención Primaria de Salud en Brasil, 2012: un estudio transversal

Jessye Melgarejo do Amaral Giordani¹ -  orcid.org/0000-0002-3825-9734

Orlando Luiz do Amaral Júnior¹ -  orcid.org/0000-0002-6611-3871

Fernando Neves Hugo² -  orcid.org/0000-0003-2222-7719

Juliana Balbinot Hilgert³ -  orcid.org/0000-0002-2204-1634

¹Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, Santa Maria, RS, Brasil

²Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Porto Alegre, RS, Brasil

³Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Porto Alegre, RS, Brasil

Resumo

Objetivo: Avaliar a prevalência e os fatores associados à realização de acolhimento pelas equipes da Atenção Básica à Saúde no Brasil. **Métodos:** Estudo transversal, realizado com equipes que aderiram ao PMAQ-AB 2012 (Ciclo I). O desfecho utilizado foi o 'acolhimento pela equipe de saúde'; as variáveis independentes foram macrorregião, perfil municipal, índice de Gini e cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família, reunião de equipe, estudo da demanda espontânea, consideração da opinião do usuário e existência de educação permanente. Realizou-se análise multinível, por regressão de Poisson. **Resultados:** A amostra foi composta por 13.751 equipes. A prevalência de acolhimento foi de 78,3% (IC_{95%} 77,6;79,1). Na análise hierárquica, a maior prevalência de acolhimento foi entre as equipes pertencentes à região Sul (RP=1,37 – IC_{95%} 1,27;1,48), tendo por referência a região Nordeste. **Conclusão:** Há uma distribuição desigual de equipes da Atenção Básica que realizam o acolhimento no país, possivelmente associada às iniquidades regionais.

Palavras-chave: Acolhimento; Atenção Primária à Saúde; Análise Multinível; Estudos Transversais; Iniquidade Social.

*A pesquisa é fruto da tese de doutorado de Jessye Melgarejo do Amaral Giordani, intitulada 'Acolhimento na atenção básica à saúde: políticas, significados e evidências', defendida junto ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) no ano de 2015. O estudo contou com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)/Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTIC), mediante concessão de bolsa de Doutorado: Processo nº 141889/2015-2.

Endereço para correspondência:

Jessye Melgarejo do Amaral Giordani – Universidade Federal de Santa Maria, Cidade Universitária, Av. Roraima, nº 1000, Prédio 26F, Odontologia, Bairro Camobi, Santa Maria, RS, Brasil. CEP: 97105-900
E-mail: jessyesm@hotmail.com



Introdução

A Atenção Básica é de grande importância na composição das redes de atenção em saúde. Próxima do cotidiano da vida das pessoas em seus territórios, ela proporciona cuidado aos usuários de maneira mais rápida e efetiva. Responsável por várias funções importantes, como a de elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS), ser resolutiva e ordenadora dos serviços, a atenção à saúde em seu nível de complexidade primário se reflete em práticas que asseguram integralidade e acesso aos diferentes serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).^{1,2} Em função da complexidade do nível da Atenção Básica, é preciso que suas equipes de saúde desenvolvam a capacidade de escuta, para lidar com as necessidades dos usuários. Portanto, são necessários dispositivos que permitam a qualificação do cuidado, e um desses dispositivos é o acolhimento.²

O acolhimento pode ser considerado uma tecnologia, situada no âmbito da micropolítica do trabalho em saúde, em que o processo de trabalho se torna espaço público, passível de discussão coletiva e de reorientações, permitindo a autogestão de trabalhadores e a construção da autonomia dos usuários.

O acolhimento pode ser considerado uma tecnologia, situada no âmbito da micropolítica do trabalho em saúde, em que o processo de trabalho se torna espaço público, passível de discussão coletiva e de reorientações, permitindo a autogestão de trabalhadores e a construção da autonomia dos usuários.^{3,4} Além da noção de tecnologia de cuidado, o acolhimento pode ser compreendido como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso e como dispositivo de organização e humanização do processo de trabalho em equipe. Embora não haja uma forma específica de realizar acolhimento, há uma compreensão do ato de receber o usuário do serviço de saúde com uma escuta qualificada,

ou seja, para além de questões puramente técnicas de diagnóstico, de um espaço de criar possibilidades de cuidado entre a equipe de saúde e o usuário.²

Em países com grandes extensões territoriais, caso do Brasil, é evidente a necessidade de estudos que abordem as diferenças regionais em saúde. Uma vez que o desequilíbrio regional interfere na produção das políticas públicas e na aplicação de recursos na área da Saúde, as diferenciações espaciais – no sentido mais amplo, entre as grandes regiões do país – desempenham papel crucial, pois a geografia está associada às diferenças na distribuição dos indicadores de saúde, como satisfação com os serviços e mortalidade infantil.⁵ Segundo Victora et al.,⁶ percebe-se na literatura uma predominância de informações sobre desigualdades regionais em saúde relacionadas à carga de doença na população e, em menor proporção, de informações sobre as diferenças regionais e/ou espaciais na distribuição de fatores relacionados com a oferta de serviços de saúde, no Brasil.

Particularmente, são escassos os estudos epidemiológicos sobre a oferta de acolhimento pelos serviços de saúde. Por exemplo, uma busca em diferentes bases de dados bibliográficos (Scopus, Web of Science, Pubmed, Scielo, Lilacs, BDENF e PAHO), sem restrição de tempo e idioma, utilizando os descritores e operadores booleanos (i) 'Acolhimento' AND 'Atenção Primária à Saúde', (ii) 'User embracement' AND 'Primary Health Care' e (iii) 'Acogimiento' AND 'Atención Primaria de Salud' no ano de 2020, encontrou apenas um estudo de avaliação de questões relacionadas às diferenças regionais.⁷ A maioria dos trabalhos encontrados nessa busca eram sobre a oferta de acolhimento,^{4,7-9} centrados na avaliação de uma unidade de saúde ou estado, porém nenhum que avaliasse aspectos contextuais das iniquidades regionais na prática de acolhimento pelos profissionais da Atenção Básica à Saúde.

Diante da conjuntura apresentada, considerando-se a possibilidade de influência das características das equipes de saúde e seus respectivos contextos socioespaciais na realização de acolhimento da demanda espontânea pelos serviços de Atenção Básica à Saúde, o presente estudo teve como objetivo avaliar a prevalência e os fatores associados à realização de acolhimento pelas equipes da Atenção Básica à Saúde no Brasil, em 2012.

Métodos

Trata-se de um estudo observacional transversal, realizado a partir dos dados secundários oriundos da avaliação externa do primeiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

O PMAQ-AB foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde com o principal objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção à saúde no primeiro nível de complexidade, buscando garantir um padrão de qualidade comparável, nacional, regional e localmente, e maior transparência e efetividade nas ações governamentais direcionadas para a Atenção Básica à Saúde.¹⁰

Foram incluídas no estudo 13.751 equipes da Atenção Básica, de todas as macrorregiões e estados brasileiros que aderiram ao PMAQ-AB.

A coleta de dados, mediante aplicação de um instrumento padronizado e testado previamente, aconteceu no período de maio a dezembro de 2012, utilizando-se de computadores portáteis de tipo *tablet*. Para tanto, foram selecionados avaliadores que participaram de um processo de formação com duração de uma semana, centrado nas atividades que posteriormente desenvolveriam em campo. Os avaliadores foram capacitados uniformemente, tendo por base um manual de campo elaborado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde.

Os dados do presente estudo referem-se ao Módulo II (Instrumento de avaliação externa do PMAQ), cujo objetivo é avaliar o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado com os usuários. Foram realizadas entrevistas com o profissional da equipe de saúde da Atenção Básica e verificados documentos na unidade básica de saúde (UBS). Para a entrevista, cada equipe de saúde elegia o profissional-membro da própria equipe que ela julgasse reunir o maior conhecimento sobre as informações da UBS.

Em relação às variáveis independentes contextuais (nível Município), foram utilizados dados dos 3.327 municípios onde as equipes de saúde estavam implantadas, compreendendo informações demográficas, socioeconômicas e de serviços de saúde. Foram utilizadas as bases de dados secundários oficiais do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)¹¹ e do Ministério da Saúde.² As variáveis contextuais adotadas no estudo foram as seguintes:

a) Macrorregião (Norte; Nordeste; Centro-Oeste; Sul; Sudeste);

(Fonte: PMAQ-AB, 2012).

b) Perfil municipal;

- 20% de pobreza (municípios com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza);

- G100 (os 100 municípios de mais de 80 mil habitantes e os mais baixos níveis de receita pública *per capita* e alta vulnerabilidade social);

- Capital ou região metropolitana

- Demais localidades;

(Fonte: Portaria Interministerial MS-MEC nº 1369, de 8 de julho de 2013).

c) Cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família (mais de 4 mil pessoas; até 4 mil pessoas);

(Fonte: Ministério da Saúde, 2012).

d) Índice de Gini;

(Fonte: PNUD, 2010).

As variáveis independentes individuais (nível Equipe de Saúde) foram selecionadas do PMAQ-AB:

a) Realiza reunião de equipe (sim; não);

b) Realizou estudo da demanda espontânea nos últimos 12 meses (sim; não);

c) Considera a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho (sim; não);

d) Realiza ações de educação permanente que contemplam as demandas e necessidades da equipe (sim; não).

O desfecho do estudo foi a realização de 'acolhimento pela equipe de saúde' (sim; não). Como não há na literatura um instrumento validado para acolhimento, a forma de composição utilizada no estudo tomou por base quatro questões do bloco II.15 'Acolhimento à demanda espontânea' do instrumento de avaliação externa¹⁰ do PMAQ-AB; ou seja, para se obter o desfecho positivo (Sim, realiza acolhimento), todas as seguintes questões deveriam ser respondidas:

i) Está implantado o acolhimento na unidade de saúde? (Sim);

ii) Em quais turnos é feito o acolhimento? (manhã; tarde)

iii) Com que frequência acontece o acolhimento? (5 ou mais dias por semana);

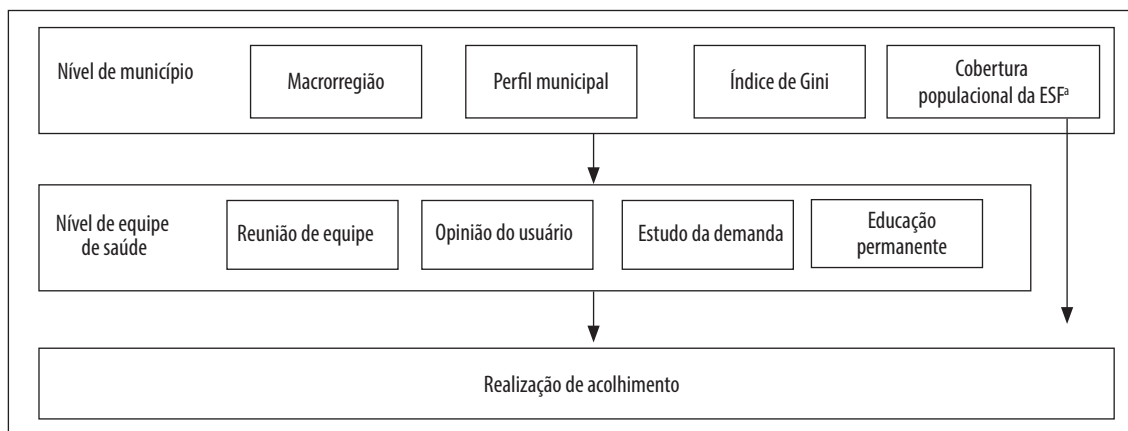
iv) Todos os usuários que chegam à unidade de saúde espontaneamente, buscando atendimento, têm suas necessidades escutadas e avaliadas? (Sim).

Elaborou-se um modelo teórico para a explicação das relações entre as variáveis, haja vista não haver na

literatura alguma fonte de informação abordando essa temática a partir de um modelo teórico explicativo, tampouco sob o ponto de vista epidemiológico (Figura 1). Portanto, para esta proposta, foram utilizadas fontes que abordassem o conceito e definição do acolhimento em Atenção Básica à Saúde,^{2,4} bem como aspectos da avaliação de serviços de saúde^{12,13} e determinantes sociais de saúde.^{14,15}

Os dados foram analisados com auxílio do software Stata 11. Foram realizadas análises das frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas. A regressão de Poisson¹⁶ multinível¹⁷ (comando `xtpoisson`, com o subcomando `re` para os efeitos randômicos) foi

utilizada para obtenção das razões de prevalências brutas e ajustadas, com seus respectivos intervalos de confiança de 95% ($IC_{95\%}$) e nível de significância de 5%. A modelagem utilizada foi hierárquica,¹⁸ em dois estágios, utilizando o modo *stepwise*: Modelo 1 (utilizou-se as variáveis contextuais para ajuste do modelo) e Modelo 2 (utilizou-se as variáveis contextuais com $p < 15\%$ do Modelo 1, mais as variáveis do nível Equipe de Saúde). Para análise de ajuste dos modelos, foi utilizado o *deviance*, uma medida estatística que avalia a significância dos coeficientes estimados e tem por base o teste da razão de verossimilhanças, que serve para verificar a qualidade de ajuste do modelo proposto.



a) ESF: Estratégia Saúde da Família.

Figura 1 – Modelo teórico para realização de acolhimento pelas equipes da Atenção Básica à Saúde, de acordo com características individuais e contextuais

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP/UFRGS): Parecer nº 21.904, emitido em 13 de março de 2012.

Resultados

Um total de 17.479 equipes receberam os avaliadores; 277 foram excluídas por não responderem ao questionário e 3.451 por apresentarem informação faltante para o desfecho (Figura 2). Finalmente, o estudo incluiu 13.751 equipes de saúde para as análises, sendo a maioria dos questionários respondidos por enfermeiros (91,8%), coordenadores das equipes (88%) e profissionais que atuam em equipes de Saúde da Família (97,2%). A prevalência de realização de

acolhimento pelas equipes de saúde participantes do PMAQ-AB foi de 78,3% ($IC_{95\%}$ 77,6;79,1).

Em relação às características contextuais das equipes de saúde estudadas, a maioria dos municípios localizava-se nas regiões Sul e Sudeste (61,3%), possuía população coberta de até 4 mil pessoas (77,5%), não pertencia a grupos especiais de perfil municipal (41,3%) e apresentava média no índice de Gini de 0,52 (desvio-padrão, $DP=0,06$) (Tabela 1). Para as características do nível Equipe de Saúde, a maioria realizava reunião de equipe (98,9%), considerava a opinião do usuário para as práticas de saúde (90,6%) e as ações de educação permanente realizadas contemplavam as demandas da equipe (78,3%); porém, não realizavam estudo da demanda espontânea (58,5%) (Tabela 2). Na análise bruta das variáveis, as maiores prevalências de

realização de acolhimento foram encontradas na região Sul, nas capitais e regiões metropolitanas (Tabela 1) e entre as equipes que realizaram estudo da demanda espontânea (Tabela 2).

Na análise hierárquica, após os ajustes entre os fatores contextuais (Tabela 1: Modelo 1), a maior prevalência

de realização de acolhimento observou-se entre as equipes que pertenciam à macrorregião Sul (RP=1,37 – IC_{95%} 1,27;1,48), tendo por referência a região Nordeste. Entre os fatores do nível Equipe de Saúde (Tabela 2: Modelo 2), não houve diferença estatisticamente significativa.

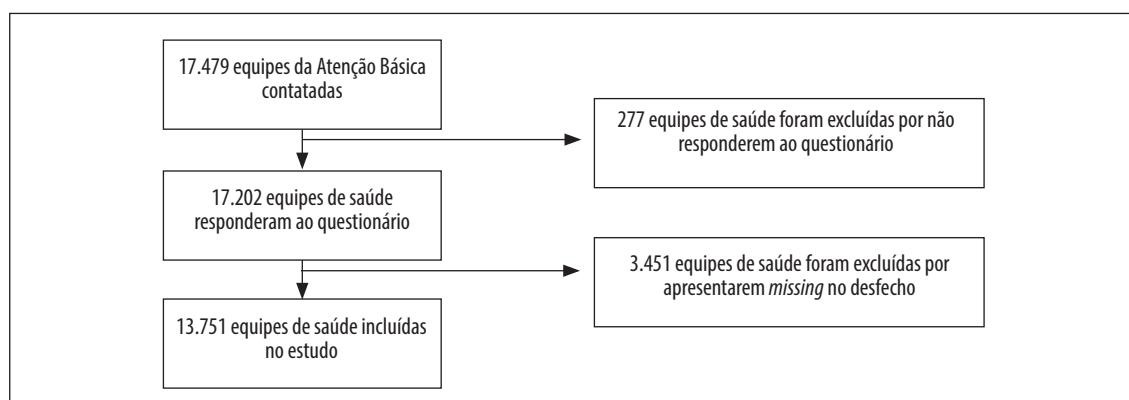


Figura 2 – Fluxograma da inclusão e exclusão das equipes da Atenção Básica à Saúde na amostra do estudo, Brasil, 2012

Tabela 1 – Características da amostra das equipes da Atenção Básica à Saúde (n=13.751), prevalência de acolhimento e análises bruta e ajustada para as variáveis contextuais, Brasil, 2012

Variáveis	n (%)	Prevalência de acolhimento (IC _{95%}) ^a	RP ^b bruta (IC _{95%}) ^a	Modelo 1 RP ^b ajustada (IC _{95%}) ^a	p-valor ^c
Macrorregião					
Nordeste	3.918 (28,5)	62,1 (60,6;63,6)	1,00	1,00	
Norte	655 (4,8)	71,3 (67,7;74,6)	1,13 (1,03;1,25)	1,15 (1,03;1,27)	<0,01
Centro-Oeste	739 (5,4)	84,2 (81,3;86,6)	1,34 (1,23;1,47)	1,31 (1,18;1,44)	<0,01
Sudeste	6.049 (43,9)	84,1 (83,1;84,9)	1,33 (1,26;1,41)	1,29 (1,21;1,38)	<0,01
Sul	2.390 (17,4)	90,6 (89,4;91,7)	1,44 (1,35;1,53)	1,37 (1,27;1,48)	<0,01
Perfil municipal					
20% de pobreza	2.343 (17,0)	64,5 (62,5;66,4)	1,00	1,00	
G100 ^d	770 (5,6)	70,5 (67,2;73,6)	1,08 (0,98;1,21)	0,98 (0,88;1,09)	0,82
Capital/região metropolitana	4.969 (36,1)	82,7 (81,6;83,8)	1,29 (1,22;1,38)	1,07 (0,99;1,15)	0,07
Demais localidades	5.669 (41,3)	81,2 (80,2;82,2)	1,25 (1,19;1,33)	1,04 (0,97;1,12)	0,21
Cobertura populacional da ESF^e					
Mais de 4 mil pessoas	2.919 (22,5)	78,4 (76,9;79,9)	1,00	1,00	
Até 4 mil pessoas	10.085 (77,5)	78,4 (77,6;79,2)	0,98 (0,94;1,03)	0,99 (0,94;1,03)	0,69
Índice de Gini ^f	0,52 (0,06)	0,51 (0,06)	0,38 (0,27;0,52)	0,77 (0,53;1,12)	0,19

a) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

b) RP: razão de prevalências.

c) Referente às razões de prevalências ajustadas.

d) G100: os 100 municípios de mais de 80 mil habitantes e com os mais baixos níveis de receita pública *per capita* e alta vulnerabilidade social.

e) ESF: Estratégia Saúde da Família.

f) Média (desvio-padrão).

Notas:

Modelo 1 – apenas as variáveis contextuais no ajuste dentro do próprio bloco.

Teste do qui-quadrado para obtenção do valor p (significativo para p<0,05).

Tabela 2 – Características da amostra das equipes da Atenção Básica à Saúde (n=13.751), prevalência de acolhimento e análises bruta e ajustada para as variáveis do nível Equipe de Saúde, Brasil, 2012

Variáveis	n (%)	Prevalência de acolhimento	RP ^b bruta	Modelo 2 RP ^b ajustada	p-valor ^c
		(IC _{95%}) ^a	(IC _{95%}) ^a	(IC _{95%}) ^a	
Realiza reunião de equipe					
Não	142 (1,1)	76,1 (68,4;82,3)	1,00	1,00	
Sim	13.603 (98,9)	78,3 (77,6;79,1)	1,08 (0,67;1,71)	1,06 (0,83;1,37)	0,61
Realizou estudo da demanda					
Não	8.048 (58,5)	75,8 (74,9;76,8)	1,00	1,00	
Sim	5.703 (41,5)	81,8 (80,8;82,8)	1,29 (1,16;1,43)	1,05 (0,97;1,14)	0,16
Considera a opinião do usuário					
Não	1.301 (9,4)	72,9 (70,4;75,2)	1,00	1,00	
Sim	12.449 (90,6)	78,9 (78,2;79,6)	1,31 (1,11;1,52)	1,03 (0,99;1,08)	0,10
Realiza ações de educação permanente					
Não	2.500 (21,7)	75,6 (73,9;77,3)	1,00	1,00	
Sim	9.029 (78,3)	80,8 (80,1;81,6)	1,05 (0,99; 1,10)	1,03 (0,98;1,09)	0,18

a) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

b) RP: razão de prevalências.

c) Referente às razões de prevalências ajustadas.

Notas:

Modelo 2 – as variáveis contextuais com p<15% do Modelo 1 (excluídas a 'cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família' e o 'índice de Gini') mais as variáveis do nível Equipe de Saúde. Teste do qui-quadrado para obtenção do valor p (significativo para p<0,05).

A variância (*deviance*) no modelo vazio (sem as variáveis independentes) foi de -13372.662 e este valor reduziu-se para -11166.318 na análise múltipla.

Discussão

Foi observada uma distribuição desigual do acolhimento no Brasil, sobretudo a influência das diferenças regionais na formação de iniquidades em saúde, evidenciando a importância das desigualdades espaciais na oferta dos serviços de saúde.

Uma possível explicação para as diferenças macrorregionais na prevalência de acolhimento pelas equipes da Atenção Básica à Saúde estaria relacionada ao perfil de desenvolvimento regional, ou seja, à forma como as macrorregiões se desenvolveram historicamente. A construção social, econômica, demográfica e cultural de uma determinada região implica diretamente a organização de suas políticas sociais, entre elas a política de saúde, e, por conseguinte, tem impacto na produção da saúde e no processo de trabalho das equipes de saúde.^{4,8,14} A política pública pode ser compreendida como um processo de tradução de propósitos de governo e de anseios da sociedade em

ações, as quais produzirão resultados/mudanças no mundo real. Todo esse processo é permeado por uma interação entre indivíduos, instituições, ideologias e interesses,^{19,20} não obstante suas variadas definições sobre o que seja Política Pública, para a qual não existe uma única, nem a melhor definição.

Nesse contexto, a literatura dispõe de algumas fontes para desenvolver teorias sobre as diferenças na oferta de serviços de saúde, que podem auxiliar na explicação da distribuição desigual da oferta de acolhimento pelas equipes de saúde da Atenção Básica, encontrada no presente estudo.

A primeira dessas fontes de teorização é a Lei do Cuidado Inverso,²¹ segundo a qual a disponibilidade de atenção em saúde tende a variar inversamente à necessidade da população, e opera de maneira mais forte quando a oferta de cuidado é exposta à força do mercado de trabalho. Portanto, de acordo com a Lei do Cuidado Inverso, a distribuição dos recursos é desarticulada da necessidade social em saúde. A força que gera e mantém a Lei do Cuidado Inverso é operada pelo mercado, seu aspecto cultural e ideológico é permeado pelos pensamentos e ambições dos profissionais de saúde, e assim se justificam os posicionamentos tomados. Quanto mais

os serviços de saúde forem reorganizados fora da lógica da economia de mercado, mais bem-sucedidos serão em redirecionar, de maneira equânime, os recursos da Saúde. Para isto devem servir as intervenções de Saúde Pública, que, por sua vez, necessitam da efetividade de mudanças sociais e políticas.²¹

A segunda fonte de teorização é a Hipótese da Equidade Reversa²² e se baseia em um princípio da mesma Lei do Cuidado Inverso, quando esta afirma que os novos programas e intervenções da Saúde Pública alcançam, inicialmente, as pessoas de nível socioeconômico maior, aumentando as iniquidades entre ricos e pobres. Esta iniquidade somente será minimizada quando a população de melhores condições socioeconômicas tiver alcançado níveis de saúde aceitáveis, e o acesso aos serviços de saúde for maior entre os menos favorecidos socioeconomicamente. Mesmo com ações da Saúde Pública direcionadas às populações mais vulneráveis, é difícil conseguir uma redução das iniquidades se a população de nível socioeconômico maior ainda não tiver alcançado baixos níveis de mortalidade e morbidade. Em outras palavras, a Saúde Pública de qualidade está mais disponível e é mais utilizada pelas pessoas que menos dela necessitam.²²

Dessa forma, o desequilíbrio histórico no desenvolvimento das macrorregiões do Brasil pode ter interferido na produção das políticas públicas e aplicação de recursos na área da Saúde, refletindo-se tanto na carga desigual de doença, entre diferentes segmentos da população, como na oferta insuficiente de serviços de saúde.²³ Entendendo-se que o acolhimento na Atenção Básica à Saúde é um dispositivo da Política Nacional de Atenção Básica e uma das atribuições dos membros das equipes de saúde na prestação do cuidado, é importante que instrumentos políticos e institucionais sejam mobilizados de maneira a buscar arranjos organizacionais que possibilitem a adaptação da política nacional às necessidades locais, de maneira a minimizar as iniquidades existentes entre as macrorregiões.^{8,24}

A partir de uma análise de situação em cada região, é mister debater não somente as necessidades de saúde de sua população e sim, também, as necessidades de gestão apontadas pelos municípios, de onde é possível organizar uma rede regional de ações e serviços de saúde que opere com financiamento adequado, baseado em critérios epidemiológicos, geográficos e socioeconômicos.²⁵ A epidemiologia exerce um papel importante nesse íterim, entendida enquanto

uma disciplina relacionada ao estudo de eventos em saúde,^{26,27} em que o uso e oferta de serviços é de grande relevância; haja vista as evidências nas diferenças de distribuição de indicadores de processo de trabalho das equipes de saúde, como o acolhimento prestado na Atenção Básica. No documento 'Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil', identifica-se uma especial atenção com a concentração de esforços na avaliação de programas, serviços e intervenções em saúde, dada a constatação da existência de poucos estudos epidemiológicos dedicados a avaliar o impacto de intervenções em saúde. Essa característica do Plano Diretor reflete sua intenção de apoiar a sistematização, relato e divulgação de experiências de avaliação de ações e serviços de saúde.²⁸

Quanto ao achado, não significativo, para as variáveis de processo de trabalho das equipes de saúde no modelo final, ele se deve, provavelmente, à alta proporção dessas variáveis entre as equipes e ao fato de sua efetivação estar vinculada à realização de acolhimento, ou seja: a maioria das equipes de saúde que relataram praticar o acolhimento também realizaram outras ações de organização do processo de trabalho, como reunião de equipe e ações de educação permanente.

Uma vez percebida a função estratégica do acolhimento nas políticas de saúde e na produção do cuidado aos usuários do SUS, é preciso refletir sobre a possibilidade da utilização do acolhimento como componente da avaliação de serviços de saúde. Considerando-se a complexidade em defini-lo/conceituá-lo e a centralidade em compreendê-lo como uma tecnologia leve, um trabalho vivo em ato no processo de produção da saúde, o acolhimento pode ser visto como um dos itens a integrar a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, aferido a partir das percepções dos trabalhadores e dos usuários sobre seu processo de trabalho e cuidado, e não de uma forma normativa, desconsiderando os sentidos atribuídos pelos atores envolvidos. Um exemplo semelhante, a observar, são as pesquisas que investigam a etnia das pessoas, em que, apesar da utilização de uma questão fechada, a entrevista é realizada a partir de uma perspectiva de autorrelato, considerando e respeitando as subjetividades e opiniões dos entrevistados. Da mesma forma, inserir a temática do acolhimento em instrumentos que avaliem os serviços de saúde será possível quando, na construção desses instrumentos,

forem contemplados os aspectos das subjetividades e percepções dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. Por meio de estratégias de educação permanente, essas questões poderão ser discutidas com o propósito de qualificar o processo de trabalho.

Ademais, as macrorregiões poderiam ser abordadas como foco de organização, planejamento e reprogramação de ações e recursos destinados à atenção em saúde, equacionando as iniquidades existentes com a prática de acolhimento, no processo de trabalho dos serviços de saúde. Seria possível pensar em níveis de avaliação, como por exemplo: (i) uma primeira avaliação, por macrorregião; (ii) uma segunda avaliação, de cunho socioeconômico e demográfico, a partir dos municípios dentro de cada macrorregião; e (iii) uma terceira avaliação, por equipes de saúde, dentro de cada município.

O estudo apresenta, como limitação, o fato de o desfecho ser autorrelatado e não haver na literatura um instrumento validado para o aferir. As informações foram coletadas das equipes de saúde que aderiram ao PMAQ-AB e portanto, não se partiu de uma amostragem probabilística das equipes. Também é importante considerar a possibilidade de viés de informação, embora tenha-se realizado treinamento para a coleta dos dados. Finalmente, não se pode descartar a possibilidade de confundimento, viés residual e de seleção. Quanto a um possível viés de seleção, o número de equipes que

não responderam foi pequeno e, provavelmente, teve implicação mínima nos resultados do estudo. Concluiu-se que há distribuição desigual do acolhimento pela Atenção Básica no Brasil, e influência de efeitos contextuais, sobretudo diferenças regionais, na origem de iniquidades em saúde. Entretanto, deve-se considerar que não há, na literatura, um instrumento validado para o desfecho 'acolhimento pela equipe de saúde'; logo, a validação de um instrumento para esse desfecho pode aumentar a robustez dos achados. As informações apresentadas são importantes para subsidiar a reorientação das políticas, e debates sobre estratégias de acolhimento, as quais, juntamente com as demais ações da Atenção Básica, devem ser contempladas na avaliação de intervenções visando aprimorar os serviços e, outrossim, minimizar as iniquidades regionais em saúde.

Contribuição dos autores

Giordani JMA, Hugo FN e Hilgert JB contribuíram com a concepção e delineamento da pesquisa, análise e interpretação dos dados e redação da primeira versão do manuscrito. Amaral Jr OL e Giordani JMA contribuíram na interpretação dos dados e revisão crítica do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Referências

1. Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy – delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med* [Internet]. 2015 Jun [cited 2020 Jul 22];372(23):2177-81. Available from: <https://doi.org/10.1056/nejmp1501140>
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: programa saúde da família. A implantação da unidade de saúde da família [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2000 [citado 2020 jul 21]. 44 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_cab1.pdf
3. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 1999 abr [citado 2020 jul 21];15(2):345-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200019>
4. Silva LÂN, Harayama RM, Fernandes FP, Lima JG. Acesso e acolhimento na Atenção Básica da região Oeste do Pará. *Saúde Debate* [Internet]. 2019 jul-set [citado 2020 jul 22];43(122):742-54. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912207>
5. Monteiro Neto A, Castro CN, Brandão CA, organizadores. Desenvolvimento regional no Brasil: políticas, estratégias e perspectivas [Internet]. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2017 [citado 2020 jul 22]. 475 p. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/20170213_livro_desenvolvimentoregional.pdf
6. Victora CG, Barreto ML, Carmo Leal M, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *The Lancet* [Internet]. 2011 May [cited 2020 Jul 22];377(9782):2042-53. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60055-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60055-X)

7. Alves MGM, Casotti E, Oliveira LGD, Machado MTC, Almeida PF, Corvino MPF, et al. Fatores condicionantes do acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 out [citado 2020 abr 20];38(n esp):34-51. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S004>
8. Mota MA, Nascimento AAC, Dias ALF, Rosa LM, Pereira MFR, Melo Filho PR, et al. O acolhimento na relação entre usuários da atenção primária e serviços de saúde. *Braz J Health Rev* [Internet]. 2019 set-out [citado 2020 jul 22];2(5):4445-53. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhr2n5-049>
9. Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF, Medeiros ME, Martelli MPJL. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 out [citado 2020 abr 21];38(n esp):182-94. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S014>
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 2019 set 10]. 44 p. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/3183>
11. United Nations Development Programme. Fundação João Pinheiro. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. O índice de desenvolvimento humano municipal brasileiro [Internet]. Brasília: PNUD; 2013 [citado 2020 jul 22]. 95 p. (Série Atlas do desenvolvimento humano no Brasil, 2013). Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130729_AtlasPNUD_2013.pdf
12. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 abr [citado 2020 jul 22];17(4):821-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>
13. Sousa EA, Fernandes ETP, Rodrigues SM, Dias CA, Frauches MB. Avaliação da atenção primária à saúde: qualidade da coordenação do serviço na perspectiva do idoso. *Rev Eletr Acervo Saúde* [Internet]. 2019 abr [citado 2020 jul 22];11(9):e846. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e846.2019>
14. Carrapato P, Correia P, Garcia B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saúde Soc* [Internet]. 2017 set [citado 2020 jul 22];26(3):676-89. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017170304>
15. Katz A, Chateau D, Enns JE, Valdivia J, Taylor C, Wall R, et al. Association of the social determinants of health with quality of primary care. *Ann Fam Med* [Internet]. 2018 May [cited 2020 Jul 22];16(3):217-24. Available from: <https://doi.org/10.1370/afm.2236>
16. Zou G. A modified poisson regression approach to prospective studies with binary data. *Am J Epidemiol* [Internet]. 2004 Apr [cited 2020 Jul 22];159(7):702-6. Available from: <https://doi.org/10.1093/aje/kwh090>
17. Puente-Palacios KE, Laros JA. Análise multinível: contribuições para estudos sobre efeito do contexto social no comportamento individual. *Estud Psicol* [Internet]. 2009 set [citado 2020 jul 22];26(3):349-61. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2009000300008>
18. Fuchs SC, Victora CG, Fachel J. Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 1996 abr [citado 2020 jul 22];30(2):168-78. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101996000200009>
19. Souza C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologia* [Internet]. 2006 dez [citado 2020 jul 22];(16):20-45. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-45222006000200003>
20. Dalfior ET, Lima RCD, Andrade MAC. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. *Saúde Debate* [Internet]. 2015 mar [citado 2020 jul 22];39(104):210-25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040201>
21. Victora CG, Vaughan JP, Barros FC, Silva AC, Tomasi E. Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *Lancet* [Internet]. 2000 Sep [cited 2020 Jul 22];356(9235):1093-8. Available from: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(00\)02741-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(00)02741-0)
22. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* [Internet]. 1971 Feb [cited 2020 Jul 22];297(7696):405-12. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(71\)92410-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(71)92410-X)
23. Albuquerque MV, Viana ALA, Lima LD, Ferreira MP, Fusaro ER, Iozzi FL. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 abr [citado 2020 jul 22];22(4):1055-64. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26862016>

24. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
25. Santos L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2017 abr [citado 2020 jul 22];22(4):1281-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016>
26. Barata RB. Epidemiologia social. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2005 mar [citado 2020 jul 22];8(1):7-17. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000100002>
27. Krieger N. A glossary for social epidemiology. J Epidemiol Community Health [Internet]. 2001 Oct [cited 2020 jul 22];55(10):693-700. Available from: <https://dx.doi.org/10.1136%2Fjech.55.10.693>
28. Teixeira MG. IV Plano diretor para o desenvolvimento da epidemiologia no Brasil. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2005 set [citado 2020 jul 22];8(3):231-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X20050003000>

Abstract

Objective: To evaluate prevalence and factors associated with service user embracement by Primary Health Care teams in Brazil. **Methods:** This is a cross-sectional study that included teams that took part in the 2012 National Program for Primary Health Care Access and Quality Improvement (PMAQ-AB) (Cycle I). The outcome used was 'user embracement by the health team'. The independent variables were macro-region, municipal profile, Gini index and Family Health Strategy population coverage, team meetings, study of spontaneous demand, consideration of user opinions and existence of continuing education. Multilevel Poisson regression analysis was performed. **Results:** The sample consisted of 13,751 teams. User embracement prevalence was 78.3% (95%CI 77.6;79.1). In the hierarchical analysis, the highest prevalence of user embracement was found among Southern region teams (PR=1.37 – 95%CI 1.27;1.48) taking the Northeast region as a reference. **Conclusion:** There is an uneven distribution of Primary Care teams practicing user embracement in Brazil, possibly associated with regional inequalities.

Keywords: User Embracement; Primary Health Care; Multilevel Analysis; Cross-Sectional Studies; Social Inequality.

Resumen

Objetivo: Evaluar la prevalencia y los factores asociados a la recepción por parte de los equipos de Atención Primaria de Salud en Brasil. **Métodos:** Estudio transversal que incluyó a equipos que adhirieron al PMAQ-AB 2012 (Ciclo I); el resultado utilizado fue "el acogimiento por el equipo de salud". Las variables independientes fueron macrorregión, perfil municipal, índice de Gini y cobertura poblacional de la Estrategia de Salud Familiar, reunión del equipo, estudio de la demanda espontánea, consideración de la opinión del usuario y existencia de educación permanente. Se realizó un análisis multinivel por regresión de Poisson **Resultados:** La muestra consistió en 13.751 equipos. La prevalencia de acogimiento fue del 78,3% (IC_{95%} 77,6;79,1). En el análisis jerárquico, la mayor prevalencia de recepción se produjo entre los equipos pertenecientes a la región Sur (PR=1,37 – IC_{95%} 1,27;1,48) en comparación con la región Nordeste. **Conclusión:** Hay una distribución desigual de los equipos de atención primaria que realizan acogimiento en Brasil, posiblemente asociados con inequidades regionales.

Palabras clave: Acogimiento; Atención Primaria de Salud; Análisis Multinivel; Estudios Transversales; Inequidad Social.

Recebido em 11/11/2019

Aprovado em 26/06/2020

Editor associado: Bruno Pereira Nunes - orcid.org/0000-0002-4496-4122