

# Atenção Primária à Saúde

na coordenação do cuidado  
em Regiões de Saúde

Patty Fidelis de Almeida  
Adriano Maia dos Santos  
Mariluce Karla Bomfim de Souza  
Organizadores



**Atenção Primária à Saúde**  
na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

REITOR

João Carlos Salles Pires da Silva

VICE-REITOR

Paulo Cesar Miguez de Oliveira

ASSESSOR DO REITOR

Paulo Costa Lima



EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

DIRETORA

Flávia Goulart Mota Garcia Rosa

CONSELHO EDITORIAL

Alberto Brum Novaes

Angelo Szaniecki Perret Serpa

Caiuby Alves da Costa

Charbel Niño El-Hani

Cleise Furtado Mendes

Dante Eustachio Lucchesi Ramacciotti

Evelina de Carvalho Sá Hoisel

José Teixeira Cavalcante Filho

Maria Vidal de Negreiros Camargo



Patty Fidelis de Almeida  
Adriano Maia dos Santos  
Mariluce Karla Bomfim de Souza

ORGANIZADORES

# Atenção Primária à Saúde

na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde

Salvador, Edufba  
2015

2015, Autores.

Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.

Direitos para esta edição cedidos à Editora da Universidade Federal da Bahia.

Feito o depósito legal.

Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil desde 2009.

CAPA, PROJETO GRÁFICO E EDITORAÇÃO

Lúcia Valeska Sokolowicz

NORMALIZAÇÃO

Adriana Caxiado

REVISÃO

Tatiana de Almeida Santos

Sistema de Bibliotecas – UFBA

---

Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde / Patty

Fidelis de Almeida, Adriano Maia dos Santos, Mariluce Karla Bomfim de Souza  
(Organizadores). – Salvador: EDUFBA, 2015 .

309 p.

ISBN 978-85-232-1349-7

1. Saúde – Bahia. 2. Saúde pública – Bahia. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil).

4. Família – Saúde e higiene. I. Almeida, Patty Fidelis de. II. Santos, Adriano Maia

dos. III. Souza, Mariluce Karla Bomfim de.

CDD – 614

CDU – 614

---

Editora filiada à:



EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Rua Barão de Jeremoabo s/n

Campus de Ondina – 40.170-115

Salvador – Bahia – Brasil

Telefax: 0055 (71) 3283-6160/6164

edufba@ufba.br – www.edufba.ufba.br

# Sumário

- 7 Prefácio
- 11 Apresentação

## PARTE I

- 19 **Tendências de reformas da Atenção Primária à Saúde em países europeus**

*Ligia Giovanella, Klaus Stegmüller*

- 45 **Redes de Atenção à Saúde e os desafios da Atenção Primária à Saúde: um olhar sobre o cenário da Bahia**

*Marluce Maria Araújo Assis*

- 65 **Regionalização, integralidade e produção do cuidado no contexto da Estratégia Saúde da Família: pontos para o debate**

*Aluisio Gomes da Silva Junior, Márcia Guimarães de Mello Alves, Manuela Gobbi Lopes da Costa, Ricardo Heber Pinto Lima*

- 89 **A coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: contribuições para a análise**

*Ítalo Ricardo Santos Aleluia, Erika Rodrigues de Almeida, Maria Guadalupe Medina*

## PARTE II

- 117 **Estratégias e métodos da pesquisa sobre a Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em redes regionalizadas**

*Mariluce Karla Bomfim de Souza, Patty Fidelis de Almeida, Adriano Maia dos Santos, Djanilson Barbosa dos Santos, Davi Félix Martins Júnior*

**147 Posição da Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado no município sede de Região de Saúde — o caso de Feira de Santana**

*Patty Fidelis de Almeida, Adriano Maia dos Santos, Silvânia Sales de Oliveira, Ariádina Heringer, Davi Félix Martins Júnior*

**175 Posição da Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado no município sede de Região de Saúde — o caso de Santo Antônio de Jesus**

*Patty Fidelis de Almeida*

**205 Posição da Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado no município sede de Região de Saúde — o caso de Vitória da Conquista**

*Adriano Maia dos Santos*

**239 Estratégias de regionalização para garantia do cuidado integral em saúde: o caso de uma Comissão Intergestores Regional no Estado da Bahia**

*Valdomiro da Paixão Santos, Patty Fidelis de Almeida*

**PARTE III**

**261 Redes de cuidado: conexão e fluxos para o bom encontro com a saúde**

*Túlio Batista Franco*

**277 Diálogos em busca de coordenação do cuidado: linha de chegada ou novo itinerário?**

*Patty Fidelis de Almeida, Adriano Maia dos Santos*

**305 Autores**

## Prefácio

### A permanente atualidade dos desafios para a atenção básica/primária no SUS

Já não restam dúvidas sobre a qualidade e atualidade do arcabouço jurídico maior do Sistema de Saúde do Brasil, ousadamente denominado SUS, a partir do seu marco legal constitucional e legislação que se seguiu, além de inúmeras normas que deram vida prática e organizativa aos seus princípios. Neste sentido o Brasil se posta no mesmo patamar da imensa maioria dos países mais avançados em termos de proteção e bem estar social, especialmente no mundo ocidental. Entretanto, um longo caminho ainda nos resta e parece permanente para efetivar na vida cotidiana da população os princípios generosos da universalidade real, da integralidade efetiva e busca contínua da igualdade para os iguais, que temos traduzido como equidade.

E o caminho trilhado pelo Brasil logo após o nascimento do SUS, buscando rearranjar todos os pedaços do fragmentado conjunto de serviços de saúde até então existentes e os novos, foi a implantação em escala nacional e rápida da expansão da atenção básica, através da modelagem do “Saúde da Família”, que de programa inicial passou a



ser a principal estratégia de organização deste nível de atenção, sempre orientado pela ideia central de sistema de saúde e não agrupamento de serviços heterogêneos e competitivos. Sem medo de errar, podemos afirmar que esta implantação deu vida, tornou visível e deu alento político ao SUS nos últimos quase 30 anos.

Mas os desafios atuais são enormes e não são novos para o SUS e a atenção básica na concretização dos seus princípios. E é disto que trata este belo livro. Ele nos traz, a partir de experiências concretas e revisitadas, uma reflexão acadêmica de fôlego e atualizada de questões que se apresentam como desafio de cada dia em todos os níveis de gestão e para que o sistema faça sentido e seja defendido pelos seus usuários. E faz isto no Brasil, à luz da análise comparativa com sistemas europeus, que nos foram e continuam sendo referência, mas de quem já conseguimos superar várias dificuldades e apontar caminhos inovadores. Exemplo disto é a nossa correta insistência em montar equipes multiprofissionais na atenção básica e não só organizá-la a partir da atenção exclusivamente médica, que se afirma cada vez mais necessário a partir da prevalência das doenças crônicas no nosso espectro sanitário e epidemiológico.

Aparece como central no livro o debate sobre a atenção básica ou primária como muitos preferem, como aposta e possibilidade real de buscar integralidade em sistemas universais, e completada nas suas possibilidades máximas com a organização das chamadas Redes de Atenção à Saúde. Estas tendem a garantir, de forma mais eficiente e eficaz, a integralidade da atenção, ousadia de nosso sistema, mas fundamental para a garantia da saúde como direito. Está aqui descrita ainda, a proposta e os desafios enormes de organizar estas redes regionais, territorializadas e temáticas, a partir e tendo como centro organizativo a atenção básica. E a proposta deste nível de atenção compartilhar de forma qualificada o cuidado com outros serviços necessários à integralidade, significa a chance de atingirmos o objetivo contemporâneo dos sistemas de saúde de garantia de direitos e resposta às necessidades reais, que é a coordenação continuada do cuidado.

Finalizando, este debate ainda pouco difundido no nosso país, parece ser central na busca do maior objetivo de um sistema de saúde de caráter universal: atender às necessidades reais e dinâmicas, ao longo da vida de todos os usuários, e ter isto sob a forma coordenada, se torna a chance real de acontecer. Portanto, boa reflexão a todos e que este conjunto de descrições de experiências e análises corretas possam contribuir e, mais do que isto, incentivar que novas investigações, reflexões e debates enriqueçam o nosso SUS. Vida longa a ele!

*Helvécio Miranda Magalhães Júnior<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> Médico clínico e epidemiologista, doutor em Saúde Pública, foi Secretário Municipal de Saúde de Belo Horizonte e Secretário Nacional de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Atualmente é Secretário do Estado de Planejamento e Gestão de Minas Gerais.



## Apresentação

O presente livro apresenta os resultados do estudo *O papel da Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em redes regionalizadas em Regiões de Saúde da Bahia* por meio da realização de estudos em três municípios sede: Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus e Vitória da Conquista. Trata-se de pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio do Edital Universal 2011.

Para tanto, a obra está dividida em duas partes. A primeira parte, em quatro capítulos, apresenta contribuições teóricas de investigadores com ampla experiência no debate sobre Atenção Primária à Saúde (APS) para subsidiar diferentes aspectos sobre o tema da coordenação do cuidado em diversos âmbitos. Nesse sentido, abarca textos que discutem a APS no contexto internacional, nacional e regional, conformando uma teia de perspectivas que se interconectam e substanciam o debate, no intuito de fortalecer os argumentos sobre a coordenação do cuidado ou mesmo, interrogá-los.

No primeiro capítulo “Tendências de reformas da Atenção Primária à Saúde em países europeus”, Ligia Giovanella e Klaus Stegmüller ampliam o debate sobre os desafios colocados aos sistemas de serviços de saúde frente aos constrangimentos impostos pela crise eco-

nômica e as políticas de ajuste fiscal no contexto de países da União Europeia. Tendo como eixo condutor as reformas no campo da APS na Europa ocidental a partir de três países com sistemas universais de saúde (Alemanha, Espanha e Inglaterra), os autores apresentam um panorama dos sistemas de saúde, descrevem a organização da APS e analisam as principais reformas em cada um dos casos trazendo questões instigantes para cotejamento da realidade brasileira.

Em “Redes de Atenção à Saúde e os desafios da Atenção Primária à Saúde: um olhar sobre o cenário da Bahia”, capítulo dois, Marluce Assis faz uma reflexão sobre a APS, buscando compreendê-la como ponto articulador da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e da produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família (ESF), situando o Estado da Bahia como cenário disparador para o debate. Ao abordar o cenário baiano e as interfaces com o cenário nacional, a autora explora algumas experiências, sobretudo, na gestão do trabalho em saúde e os avanços e limites enfrentados pela Fundação Estatal Saúde da Família para atrair e fixar profissionais nas Equipes de Saúde da Família em diferentes municípios do Estado. Por meio de revisão de pesquisas empíricas recentes, tematiza a questão das redes regionalizadas de saúde e os desafios para garantia do acesso. Para a autora, o acesso ao SUS, na Bahia, se realiza com base em demanda espontânea, sendo travadas disputas por vagas, de maneira injusta, configurando os serviços como excludentes, conflituosos e tensos. Na medida em que os problemas de saúde são resolvidos de forma fragmentada e focalizada, a pesquisadora tece ampla defesa da APS como porta de entrada fundamental para garantia da qualidade no acesso aos serviços de saúde em diferentes pontos de atenção, por meio da revalorização da clínica, do acolhimento e fortalecimento do vínculo longitudinal para permitir a continuidade do cuidado e, portanto, a integralidade da atenção.

O capítulo três, “Regionalização, integralidade e produção do cuidado no contexto da Estratégia Saúde da Família: pontos para o debate”, Aluisio Gomes da Silva Junior e colaboradores analisam aspectos estratégicos para compreensão das Redes de Atenção à Saúde,

destacando o papel da APS na continuidade do cuidado, a proposição de gestão da clínica e a governança das redes. Para tanto, problematizam tais aspectos com base na literatura e na experiência acumulada em debate com alguns grupos de pesquisa que vêm se debruçando sobre o tema da regionalização e a gestão do cuidado. Os autores defendem a necessidade da coordenação do cuidado pela APS, sustentados em ampla revisão de estudos empíricos, ao apresentarem os desafios e possibilidades concretas para consubstanciar esse atributo nas práticas em serviços de saúde. Argumentam, também, sobre a gestão clínica e seu potencial enquanto ferramenta na atenção às condições crônicas, ao tempo em que discutem diferentes concepções dessa estratégia para organizar e/ou controlar o trabalho médico. Por fim, abrem um virtuoso debate sobre a governança e dialogam com diferentes investigadores para analisar suas distintas dimensões, bem como debater como a governança delinea-se nas políticas de saúde no Brasil diante dos desafios concretos do cotidiano.

No quarto capítulo, “A coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: contribuições para a análise”, os autores Ítalo Aleluia, Maria Guadalupe Medina e Érika Almeida apresentam importante revisão da literatura internacional que permite ao leitor conhecer a polissemia intrínseca ao conceito de coordenação bem como situá-lo no debate e motivações que tornaram premente sua busca na constituição de atenção em saúde capaz de atender às diversas necessidades da população, sobretudo no cuidado às condições crônicas. Tema indispensável nas discussões recentes sobre APS no país, o capítulo contribui ainda para a compreensão do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), situando a discussão da coordenação do cuidado na perspectiva da avaliação de qualidade em contexto nacional, destacando a presença de variáveis que dialogam com a literatura nacional e com os resultados apresentados neste livro, apontando ainda lacunas importantes no escopo e conceito adotado.

Após imersão teórica, convidamos o leitor para mergulhar nos resultados da pesquisa realizada no Estado da Bahia. A segunda parte da obra é apresentada em cinco capítulos que juntos conformam, ainda que de maneira aproximada, os principais desafios e possibilidades para coordenação do cuidado em municípios sede de regiões de saúde.

Para tanto, inicia-se com o capítulo cinco “Estratégias e métodos da pesquisa sobre a Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em redes regionalizadas”. Mariluce Souza e colaboradores esmiúçam o caminho metodológico e a triangulação de métodos utilizados para dar conta do objeto que é complexo e multifacetado. Além disso, discorrem sobre os detalhes do campo, seus instrumentos e técnicas de coleta de dados, descrevendo cenários e sujeitos envolvidos na pesquisa. Os autores apresentam no capítulo a matriz com as dimensões da gestão do cuidado que guiaram a análise temática dos resultados e que explicita a concepção de coordenação do cuidado adotada.

Os capítulos seis, sete e oito têm em comum a análise dos cenários de Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus e Vitória da Conquista, respectivamente. Os resultados apresentados estão estruturados com base na matriz de análise presente no capítulo cinco. Nos três capítulos são analisadas as potencialidades e barreiras para assunção do papel de coordenação do cuidado pela APS com base em dimensões e indicadores construídos e analisados na perspectiva da gestão do cuidado que pressupõe responsabilidades compartilhadas nas dimensões sistêmica, organizacional e profissional, confrontando a percepção dos diferentes sujeitos participantes do estudo. A realidade apresentada, desde a perspectiva desta investigação, problematiza aspectos que fragilizam a capacidade de coordenação por profissionais da APS nas Redes de Atenção à Saúde, tanto no que se refere aos seus atributos essenciais, ainda pouco fortalecidos, quanto à capacidade de se integrar aos demais níveis que, também, sofrem constrangimentos em relação ao acesso, financiamento e dependência do

setor privado. Discutem-se, ainda, questões em torno do trabalho em saúde e da prática profissional, temas transversais que se refletem de forma importante na prestação de atenção integral e de cuidados “usuário-centrado”.

No capítulo nove, “Estratégias de regionalização para garantia do cuidado integral em saúde: o caso de uma Comissão Intergestores Regional do Estado da Bahia”, Valdomiro dos Santos e Patty Fidelis de Almeida analisam os temas prioritários e as dinâmicas de pactuação estabelecidos no espaço da CIR de Santo Antônio de Jesus, especialmente no que se refere às ações e acordos para a consolidação das Redes de Atenção à Saúde coordenadas pela APS. Os autores discutem a coordenação do cuidado em uma perspectiva que ultrapassa os limites municipais e analisam as possibilidades de construção de estratégias regionais para o enfrentamento dos problemas de saúde.

A parte III do livro, em caráter de reflexões e considerações finais, está subdividida em dois capítulos. No capítulo dez, Túlio Franco resgata o lugar dos sujeitos nas redes de atenção. Para tanto, como contraponto e trazendo mais elementos ao debate, enfrenta a discussão das redes, tendo como foco a micropolítica do trabalho na APS (atenção básica, como prefere) e sua potência criativa em “Redes de cuidado: conexão e fluxos para o bom encontro com a saúde”. Nesse capítulo, o autor parte do pressuposto de que todo trabalho em saúde opera em redes, cabendo, portanto, avaliar e qualificar como operam no cotidiano e o modo de produzir o cuidado a partir das conexões e fluxos entre os trabalhadores e destes com os usuários dos serviços de saúde. Para o autor, as redes se formam por imperativo do próprio trabalho, em que não há autossuficiência de nenhum saber e fazer e, nesse sentido, é necessário produzir conexões entre os próprios trabalhadores para que se produza o cuidado. Para o autor, a busca gerencial pela regulação do trabalho de natureza taylorista (produtividade, por exemplo) é tensionada pelos espaços de liberdade de cada trabalhador no seu agir cotidiano, havendo, assim, permanente tensão entre liberdade e captura no processo produtivo do cuidado.



Nessa perspectiva, o capítulo é apresentado de forma a instigar o leitor a refletir sobre como o trabalhador se movimenta em uma micropolítica de alta complexidade, em que muitos arranjos são feitos e desfeitos, que favorecem ou não certos tipos de cuidado aos usuários. Em síntese, argumenta-se que rede é sempre uma arena de disputas de projetos, mediada pelas tecnologias de trabalho, intencionalidades e a singularidade de cada encontro entre o trabalhador e o usuário.

No capítulo onze, “Diálogos em busca de coordenação do cuidado: linha de chegada ou novo itinerário?”, Patty Fidelis de Almeida e Adriano Maia dos Santos se propõem a fazer as considerações finais. Para tanto, retomam o diálogo entre as evidências empíricas da pesquisa e os distintos pesquisadores que aceitaram o desafio de imergir no debate sobre a coordenação do cuidado. Neste capítulo, os autores fazem sínteses de discussões e recomendações, bem como assumem um tom implicado com os cenários e com os sujeitos na defesa explícita do SUS.

Ao final, mais do que convicções, esperamos que este livro suscite e traga novos elementos ao debate em torno das possibilidades das Equipes de Saúde da Família em coordenar o cuidado em regiões de saúde. Reconhecemos a complexidade e importância deste atributo para garantia de cuidados contínuos e integrais, embora os resultados apresentados sinalizem barreiras de diversas ordens que comprometem a materialização deste dispositivo no cotidiano. Ainda assim, assumimos a coordenação do cuidado como atributo potente para mudança das práticas e convidamos o leitor, diante dos argumentos teóricos e evidências, a lançar novos e inquietantes olhares.

*Patty Fidelis de Almeida  
Adriano Maia dos Santos  
Mariluce Karla Bomfim de Souza*

# PARTE I

---



# Tendências de reformas da Atenção Primária à Saúde em países europeus<sup>1</sup>

---

*Lígia Giovanella, Klaus Stegmüller*

## Introdução

Na última década vem sendo proposto o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como base para a construção de redes coordenadas de atenção e para garantia do acesso universal visando enfrentar os novos desafios demográficos e epidemiológicos com envelhecimento populacional, mudanças nas estruturas familiares e prevalência de agravos crônicos que exigem intervenções de diversos serviços com interdependência organizacional e demandam coordenação. Em face à diversificação do panorama assistencial, à especialização acentuada, à fragmentação dos sistemas de serviços de saúde, progressiva medicalização, intervenções desnecessárias e inapropriadas com lacunas na segurança dos pacientes, identificando-se

---

<sup>1</sup> Estudo realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por meio de bolsa de estágio sênior no exterior. Uma versão modificada deste capítulo foi anteriormente publicada em: *J Manag Prim Health Care* v. 4, n. 2, p. 136-142, 2013. Revista eletrônica disponível em: <[www.jmphc.com](http://www.jmphc.com)>.

a premente necessidade de melhoria do cuidado aos portadores de agravos crônicos com eficiência, a APS, na Europa, ganha maior presença no debate político.

No nível internacional, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) desencadearam um processo da chamada Renovação da APS. (LABONTÉ et al., 2009; OPAS; OMS, 2005; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008) A OMS dedicou o seu Informe da Saúde no Mundo de 2008 à APS considerada: “agora mais necessária que nunca”. O Informe da OMS assume a APS como coordenadora de uma resposta integral e integrada em todos os níveis de atenção, parte de um conjunto de reformas para a garantia de cobertura universal, distanciando-se de uma concepção de um programa “pobre para pobres”. Reconhece que a APS, requer novos investimentos, não é barata, mas é mais eficiente do que qualquer alternativa.

Na Europa, há certo consenso entre *policy makers* quanto à necessidade de fortalecer a APS e observa-se aumento da presença e importância da temática no debate político. Todavia, os processos são lentos e as reformas incrementais. Um conjunto de reformas pró-coordenação tem sido implementadas com diversas iniciativas para aumento de funções clínicas, gerenciais e financeiras dos serviços e profissionais da APS. (GIOVANELLA, 2006; SALTMAN; RICO; BOERMA, 2006)

O estudo dos sistemas de serviços de saúde e a comparação entre países contribui para melhor compreender problemas compartilhados e conhecer a variedade de soluções encontradas, ampliando o leque de opções disponibilizado no debate político de reformas nacionais. Ademais permitem o conhecimento prospectivo dos pressupostos e implicações/repercussões da introdução de determinadas medidas de políticas públicas. (CONILL; FAUSTO; GIOVANELLA, 2010; MENY; THOENIG, 1992)

É necessário sempre lembrar que se pode aprender com as experiências de outros países, contudo não é possível transferir experiên-

cias, dadas as determinações históricas, políticas e culturais, ademais das diferenças socioeconômicas. As escolhas e a implementação da política são determinadas por tradições legais, instituições, atores e processos conformados longitudinalmente em cada país e contexto específico. Considerados estes determinantes histórico-sociais mais do que uma comparação estrito senso realizam-se uma “análise em perspectiva comparada” (ALMEIDA, 2008) de aspectos das configurações e organização de sistemas de saúde e da APS.

No estudo de reformas e sistemas de saúde é, portanto, sempre necessário conhecer os contextos econômico, político e social para situar as reformas em cada país. E no caso da União Europeia (UE), o contexto atual é de crise financeira, que, comandada pela Troika (Comissão Europeia, Fundo Monetário Internacional e Banco Central Europeu), vem implementando políticas de austeridade fiscal/programas de ajuste, similares àqueles impostos por organismos financeiros internacionais para a América Latina nos anos 1990.

Os países da UE se defrontam com importante crise econômica, comparável à crise dos anos 1930, como decorrência da crise bancária internacional de meados de 2008 desencadeada nos EUA pela explosão da bolha imobiliária e seus derivativos. Frente à crise bancária, os governos europeus socorreram seu sistema financeiro com fundos públicos, aumentando a dívida pública. Ao mesmo tempo, a recessão econômica desencadeada neste processo levou a uma redução de receitas governamentais pressionando os orçamentos públicos. Somase ainda, o aumento dos juros nos Estados mais afetados pela crise, levando a que, na rolagem das dívidas de Estados em dificuldades financeiras, papéis de créditos governamentais conseguidos com juros baixos passassem a ser prolongados com juros elevados demandando fatia maior dos orçamentos para pagamento da dívida. Estas dinâmicas da crise produziram déficits nos orçamentos públicos.

Vale frisar que o déficit público é consequência da crise, não é sua causa. Os déficits são posteriores à crise bancária e não decorrem das políticas sociais ampliadas dos regimes de *welfare state* euro-

peus. Todavia, no bojo dos programas de austeridade da Troika e na presença de governos conservadores acentuam-se medidas de contenção e cortes de gastos nos setores sociais e de saúde. Certamente, este contexto condicionará as reformas de saúde e da APS nos próximos anos nos países europeus.

O objetivo deste capítulo é apresentar um panorama e tendências das reformas da APS na Europa ocidental a partir de três casos exemplares de países com sistemas de saúde universais – Alemanha, Espanha e Inglaterra (Reino Unido-RU). Para tanto, inicia com breve panorama dos sistemas de saúde, em seguida descreve a organização da APS e analisa as principais reformas nos três países. Ao final sintetiza um conjunto de medidas incrementais implementadas, delineando tendências das reformas em países europeus. Os três casos apresentam distintas conformações: da proteção social em saúde, do sistema de saúde e da APS, e, no momento estão submetidos a constrangimentos econômicos de diferente intensidade, permitindo uma análise da diversidade das configurações institucionais da APS e tendências.

Os países selecionados têm elevado nível socioeconômico, ótimos resultados em saúde e estão submetidos a pressões demográficas similares como se pode observar na Tabela 1.

Tabela 1 – Indicadores demográficos, econômicos e sanitários selecionados, Alemanha, Espanha e Reino Unido/Inglaterra, 2010

PAÍSES	ALEMANHA	ESPAÑA	INGLATERRA
População em milhões	82,8	45,3	64,8
PIB per capita US\$ ppp	37.567	32.076	35.917
Esperança de vida ao nascer (anos)			
Total	80,5	82,2	80,6
Homens	78,0	79,1	78,6
Mulheres	83,0	85,3	81,1
Mortalidade Infantil (2010)	3,4	3,2	6,1
Mortalidade materna/100 mil NV	5,5	4,1	5,0
% População 65 anos e + idade	20,4	17,0	16,0

Fonte: OECD Health Data 2012.

Tais países possuem sistemas universais de saúde com financiamento predominantemente público e representam os dois principais modelos de proteção social em saúde europeus. Na Alemanha vigora o chamado modelo Bismarckiano de Seguro Social de Doença, de caráter compulsório, vinculado à participação no mercado de trabalho e financiado por contribuições sociais obrigatórias que correspondem a uma proporção dos salários. São, portanto contribuições solidárias: os trabalhadores aportam conforme suas possibilidades, e recebem serviços de acordo com suas necessidades, independente do valor da sua contribuição prévia, o que o diferencia sobremaneira de um seguro privado, onde o valor do prêmio/pagamento depende do risco individual de adoecer, ou seja, é tão maior quanto o risco de adoecer.

Na Inglaterra e Espanha vigora o modelo Beveridgiano. O acesso à atenção à saúde é considerado como direito cidadão e está constituído um serviço nacional de saúde (*National Health Service* – NHS) de acesso universal, financiado com recursos fiscais.

São países que alcançaram efetiva universalidade. Os esquemas públicos de garantia de acesso à atenção abrangem a totalidade ou quase a totalidade da população com cobertura de uma ampla cesta de serviços em todos os níveis de complexidade. O acesso é garantido conforme necessidade, não depende do nível de renda e a grande maioria da população utiliza a mesma rede de serviço sem segmentação. A cobertura por seguros privados (aditivos à cobertura pública, ou substitutivos) é baixa, menor de 13%. Algumas características dos sistemas de saúde dos três países são apresentadas na Tabela 2.



Tabela 2 – Características dos sistemas de serviços de saúde da Alemanha, Espanha e Inglaterra (RU), 2010

CARACTERÍSTICAS	ALEMANHA	ESPAÑA	REINO UNIDO/ INGLATERRA
<b>Denominação</b>	<b>Seguro Social de Doença (GKV)</b>	<b>Sistema Nacional de Salud (SNS)</b>	<b>National Health Service (NHS)</b>
<b>Gasto público em saúde como % do gasto total</b>	77%	74%	83%
<b>Gasto público em saúde como % PIB</b>	8,9	7,0	8,2
<b>Fontes financiamento</b>			
Recursos fiscais	6,7	69,2	67,9
Contribuições seguro social	70,5	4,6	15,3
Seguros privados	9,6	5,7	2,9
<i>Out of pocket</i>	12,4	20,2	11,1
Cobertura real populacional com sistema financiado com recursos públicos	Cobre 89% população Seguro social compulsório vinculado mercado de trabalho	Acesso universal cidadãos e residentes 99,5% população	Acesso universal cidadãos e residentes 100% população
Cesta coberta	Ampla em todos os níveis de atenção	Ampla em todos os níveis de atenção	Ampla em todos os níveis de atenção
Cobertura por seguros privados de saúde	11% – substitutivo	13% – aditivo	13% aditivo

Fonte: OECD Health Data 2012.

## Concepção de Atenção Primária à Saúde

Para melhor compreender as reformas da APS em países europeus é necessário elucidar qual abordagem, qual concepção de atenção primária vigora nesses países. Em geral, na Europa, no contexto de sistemas públicos universais, o que vigora é uma concepção de atenção de primeiro nível. (OPAS; OMS, 2005) A atenção primária é entendida como os serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, direcionados a cobrir as afecções e condições mais comuns, e resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população, incluindo amplo espectro de serviços clínicos e preventivos. Diferencia-se, portanto de uma abordagem seletiva da APS. Não se limita a um conjunto restrito de intervenções focalizadas em grupos

populacionais pobres e não se restringe ao primeiro nível, pois está articulada a um sistema universal solidário que garante atenção em todos os níveis.

É centrada no *general practitioner* (GP), o médico generalista, atualmente com especialidade em medicina geral e de família ou medicina de família e comunidade (diferentes denominações conforme o país). O que tem levado alguns autores a indicar que esta seria mais *primary medical care* do que *primary health care*, pois não compreende todos os atributos de uma APS abrangente, integral, como proposto pela Conferência de Alma Ata. Em geral, carece de enfoque comunitário, pouco media ações intersetoriais e a participação social é pouco desenvolvida. (LABONTÉ et al., 2009)

Ainda assim, certamente, cumpre com outros atributos de uma APS robusta. (STARFIELD, 2002) Ser o serviço de primeiro contato e porta de entrada preferencial que garante atenção oportuna e resolutiva integrada ao sistema de saúde são também atributos imprescindíveis de uma atenção primária integral/abrangente. Possibilitam a longitudinalidade e a garantia da integralidade. Esta concepção geral, contudo, adquire diferentes configurações organizacionais em cada país. (GIOVANELLA, 2006)

## National Health Service (NHS) – o caso inglês

Na Inglaterra, o serviço nacional de saúde, *National Health Service*, é de acesso universal e gratuito para todos os cidadãos e residentes com financiamento predominantemente público (83%). A APS é tradicionalmente forte. (STARFIELD; MACINKO, 2005) Está centrada no *General Practitioner*, médico generalista. Há obrigatoriedade de registro dos cidadãos junto a uma clínica de GPs com função de porta de entrada e filtro (*gatekeeper*) para acesso ao especialista. Isto é, o acesso ao especialista depende do encaminhamento do generalista.

O especialista está situado em um segundo nível, no ambulatório de hospitais. É empregado assalariado do hospital e atende aos pacientes internados e faz consultas ambulatoriais. Os hospitais do

NHS são predominantemente públicos (94% dos leitos são públicos). Todavia, nos últimos anos, seguindo ditames da *New Public Management*, no contexto de reformas voltadas para o mercado, os hospitais públicos do NHS têm assumido novas formas de gestão com maior autonomia (*NHS Trust* e *NHS Foundation Trust*), mesclando fronteiras entre o público e o privado. Apesar disto, quando analisados os gastos do NHS somente 7% são despendidos com pagamentos a serviços privados. (BOYLE, 2011)

A APS é prestada em *GP Practices*, consultórios privados de grupo de GPs, profissionais autônomos (73%) que estabelecem contrato com o NHS (18% dos GPs são assalariados das *GP-Practices*). Existem 8.228 clínicas de GPs (*GP Practices*) com média de cinco GPs por clínica em um total de cerca de 40.000 GPs e 21.935 enfermeiras. (BOYLE, 2011)

Os cidadãos escolhem um generalista em sua área de residência (ou trabalho, a partir 2013), se inscrevem em sua lista e passam a acessá-lo como serviço de primeiro contato. Em média estão registrados 1.432 pacientes por GP (2009). O número de GPs do NHS aumentou nos últimos anos com a política do governo Blair (trabalhista) de ampliar o financiamento público, e o tamanho das listas de pacientes registrados por GP diminuiu. (BOYLE, 2011)

A universalidade do NHS é real, efetiva: 98% da população estão registrados em um GP e 97% dos GPs na Inglaterra têm contrato com o NHS. A clínica de GP é o serviço de primeiro contato e provê ações preventivas, diagnósticas, curativas, cuidados dos casos agudos e crônicos. A equipe de atenção primária compreende médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes de atenção em saúde, administradores. No NHS, o acesso direto ocorre também ao dentista, ao optometrista e ao farmacêutico.

O profissional de enfermagem assume cada vez mais ações que tradicionalmente eram realizadas pelo médico, podendo inclusive prescrever de forma independente. Os enfermeiros têm diversas inserções na APS. As *practice nurses* são enfermeiras empregadas

pelo GP: realizam imunização, manejo de doenças crônicas, promoção da saúde, avaliação de necessidades de saúde de pessoas idosas para acesso a cuidados domiciliares de longa duração. As enfermeiras distritais prestam serviços de enfermagem nos domicílios; e as visitadoras sanitárias acompanham famílias com crianças pequenas, realizam medidas de prevenção e promoção. (BOYLE, 2011)

Desde 2004, vigoram diversos tipos de contratos para prestação de serviços de GP e foram estabelecidos novos critérios de remuneração seguindo um modelo misto com um sistema de capitação ajustada por risco e 40% por desempenho. Inclui: i) soma global/capitação ajustada: pagamento per capita por serviços essenciais calculado com base à nova fórmula que considera sexo, idade, áreas desprovidas, necessidades de saúde, ruralidade, novos registros de pacientes, pacientes em *nursing/residential homes*; ii) *pay-for-performance* (40%): relacionado ao desempenho com alcance de metas de qualidade (133 indicadores do *Quality and Outcomes Framework*, <http://www.nice.org.uk/aboutnice/qof/>); iii) *fee-for-service*: alguns serviços específicos (imunização infantil, atenção a dificuldades de aprendizado). Estas iniciativas vêm sofrendo importantes críticas com apreensão quanto à tendência à comercialização da APS no NHS. (POLLOCK et al., 2007)

O NHS, um sistema tradicionalmente integrado e organizado nacionalmente, foi gradualmente desconcentrado e a APS passou a gerenciar orçamentos para compra de serviços especializados. Desde as “reformas voltadas para o mercado” do governo Thatcher, nos anos 1990, foram separadas as funções de financiamento e prestação ao interior do NHS criando-se o chamando “mercado interno”. As autoridades de saúde e parte dos GP tornaram-se “compradores” dos serviços prestados pelos hospitais públicos (os “vendedores”), transformados em organizações autônomas (*NHS Hospital Trust*). Esta relação entre “compradores e prestadores” passou a ser mediada por contratos. Neste processo, grupos de generalistas (*GP-Fundholders*) passaram a receber orçamento do NHS para comprar serviços espe-

cializados e hospitalares eletivos para os seus pacientes. No contexto destas reformas voltadas para o mercado, o objetivo seria promover a competição entre prestadores para obter maior eficiência técnica e alocativa: incentivaria a escolha pelo financiador dos prestadores que oferecessem melhor relação qualidade e preço e resposta com maior agilidade em uma tentativa de reduzir tempos de espera para atenção especializada e cirurgias eletivas, problema crônico do NHS. Esta estratégia, contudo, produziu desigualdades de acesso e o governo Blair, a partir de 1997, promoveu uma importante reformulação do mercado interno do NHS.

Com o governo Blair, em 2003, foram constituídos *Primary Care Trusts* (151 PCT) como órgãos administrativos do NHS em nível local, incluindo todos os GPs de determinada área geográfica e funções de saúde pública. O PCTs passaram a gerenciar 80% dos recursos financeiros do NHS e comissionar/comprar serviços especializados dos hospitais públicos — agora *Trusts* independentes — fortalecendo a posição da APS no sistema.

Com o importante incremento do financiamento do NHS, a partir do governo Blair, especialmente nos anos 2000, ocorreram melhorias consideráveis no NHS com redução importante das listas de espera (o acesso a uma consulta especializada ocorre dentro de duas semanas), e aumento expressivo da satisfação dos pacientes.

Em 2010, já no contexto da crise financeira, inicia-se nova importante reforma NHS com o governo da coalizão conservadora liberal de Cameron. Em 03/2012 é promulgado o *Health and Social Care Act* que estabelece uma política de cortes no NHS e acentua tendências anteriores de privatização de serviços. Define corte de gastos em 20 bilhões de libras em 5 anos, pretende reduzir gastos administrativos do NHS em 45% ao abolir os PCTs e as Autoridades Estratégicas de Saúde. Estima-se que deslocará mais de 30 mil empregados do NHS. (GERADA, 2012)<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> GERADA, C. President do Royal College of General Practitioners. Comunicação pessoal em setembro de 2012, na sede do RCGP em Londres.

O *Health and Social Care Act 2012*, cria os *Clinical Commissioning Groups* (CCG), 211 grupos locais de consultórios de GPs, que substituem os PCTs na função de comissionamento<sup>3</sup> de serviços especializados e hospitalares para seus pacientes e são subordinados ao *Clinical Commissioning Board* que a partir de março de 2013 passou a ser denominado *NHS England*<sup>4</sup> Diferente dos PCTs, os CCGs são estruturas pequenas com diretoria composta por GPs eleitos entre os GPs participantes, têm tamanhos muito variáveis, agregam entre 10 e 130 *practices* e cobrem entre 100 mil<sup>5</sup> e 900 mil pessoas.

O argumento reiterado para atribuir aos GPs poder de compra dos serviços especializados considera que os GPs deveriam ser responsáveis pelas consequências financeiras de suas decisões clínicas e que os hospitais competirão entre si pelos contratos com os CCGs oferecendo serviços de melhor qualidade. Baseia-se na crença neoliberal que competição e escolha são instrumentos adequados para prover serviços eficientes e efetivos. Ademais, a atenção aos crônicos deveria ser transferida para a APS. Estima-se que 60% dos recursos da atenção secundária são destinados ao tratamento de agravos crônicos. (HARRISON, 2012)<sup>6</sup> Assim os GPs controlariam mais os encaminhamentos. Pressupõe-se que os CCGs serão obrigados a tomar

---

<sup>3</sup> Difícil traduzir para português o termo *commissioning* no sentido que é empregado no NHS, pois transcende o simples ato de comissionar um serviço, isto é, confiar a alguém uma incumbência temporária de vender, comprar, ou no sentido de delegação de poder provisório, como define o dicionário Houaiss. Comissionar no NHS, não se refere a uma única ação, mas a um conjunto de ações que segundo a *NHS Commissioning Board* inclui planejar, garantir, acordar e monitorar os serviços. Isto implica em identificar as necessidades de saúde de uma população, desenhar as trajetórias clínicas dos pacientes, especificar serviços necessários, negociar os contratos, e monitorar a qualidade dos serviços contratados e o cumprimento dos contratos. (NHS COMMISSIONING BOARD, 2012)

<sup>4</sup> <<http://www.england.nhs.uk/2013/03/26/nhs-england/>>.

<sup>5</sup> CCGs muito pequenos (menor de 250 mil habitantes) podem ter problemas de *risk pools*, ou seja, não ter uma população grande o suficiente para conter uma estrutura variada de riscos, incluindo pacientes de alto e baixo risco de uso de serviços referenciados de modo a manter seus custos de tratamento na média.

<sup>6</sup> HARRISON, D. Director of Public Health, Partnerships and Engagement Blackburn with Darwen, Comunicação pessoal em setembro de 2012. University of Lancaster.

decisões sobre prioridades de tratamentos e possíveis racionamentos (o que já ocorria com alguns PCTs), considerados os cortes financeiros previstos pelo *Social and Care Act 2012*.

A partir da constituição dos CCG em abril de 2013, 70% dos gastos do NHS serão gerenciados por estes novos órgãos do NHS dirigidos por GPs. Todavia, devem ser estruturas administrativas de direções muito pequenas e que contratarão organizações provedoras de serviços de apoio para comissionamento (*commissioning support services* – CSS). Estes serviços de apoio, responsáveis por administrar os processos de comissionamento, inicialmente serão subordinados ao NHS-England, mas, a partir de 2016, devem se transformar em empresas autônomas e vender seus serviços aos CCG. (UNISON, 2012) Parte dos GPs apoia a iniciativa, mas as entidades de GPs em geral se posicionaram contra o que consideram uma acentuação da comercialização do NHS. (GERADA, 2012;<sup>7</sup> REYNOLDS; MCKEE, 2012)

## Sistema Nacional de Salud (SNS) – o caso espanhol

Na Espanha, o Sistema Nacional de Salud (SNS) criado em 1986, pós-período ditatorial (Constituição 1978), de acesso universal e gratuito para todos os cidadãos e residentes, tem financiamento predominantemente fiscal e público (74%) e é descentralizado para as 17 comunidades autônomas (CCAA – correspondentes aos estados brasileiros). A descentralização do SNS foi finalizada em 2002, quando foram definidas transferências financeiras da União para as CCAA não vinculadas. No momento atual, o SNS está submetido a pressões financeiras importantes, dada a profundidade da crise econômica que assola o país com elevado nível de desemprego (26% em 2012).

As CCAA são responsáveis por todo sistema de saúde e cada CCAA tem um *Servicio Autonómico de Salud* (*Servicio Andaluz de Salud*; *Servicio Valenciano de Salud*, etc.) que são organizações com personalidade jurídica própria em diversos formatos jurídicos (órgão

---

<sup>7</sup> Comunicação pessoal em setembro de 2012, na sede do RCGP em Londres.

público, organismos autônomos, empresas públicas, entes públicos de direito privado). Para coordenação entre os *Servicio Autonómico de Salud* das CCAA e para promover a coesão do *Sistema Nacional de Salud* com garantias similares para todos os espanhóis está constituído o *Consejo Interterritorial del SNS* com participação de todas as CCAA.

No SNS, os estabelecimentos de saúde são predominantemente públicos: todos os centros de saúde e 70% dos leitos. Ainda que também tenham sido parcialmente introduzidas novas formas de gestão dos hospitais públicos, a maioria permanece na administração pública direta sob contrato-programa de gestão. (REPULLO-LABRADOR, 2012)

Com tradição de territorialização e hierarquização (anterior ao SNS) os *Servicios Autonómicos de Salud* das CCAA estão organizados em Áreas de Saúde, com população entre 200 mil e 250 mil habitantes, nas quais se situa um hospital geral responsável por internações, atenção especializada e serviço de urgências. (FREIRE, 2004) As áreas de saúde dividem-se em Zonas Básicas de Saúde com população de 5 mil a 25 mil, nas quais se localizam os centros de saúde com equipas multiprofissionais constituídas por médicos com residência em Medicina de Família e Comunidade (MFyC), pediatras e enfermeiros. As equipas de APS têm serviços e profissionais de apoio compartilhados, como matronas (parteiras), fisioterapia, odontologia, serviço social e saúde mental.

A equipa funcional de APS é constituída pelo médico generalista e o enfermeiro que atendem a mesma lista de pacientes. Em cada centro de saúde atuam diversas equipas funcionais que cobrem o horário de funcionamento do centro das 8h às 20h.

Os centros de saúde são públicos (existem 2.900) e os profissionais de saúde empregados públicos com uma carreira nacional (denominada estatutária, mas não são funcionários públicos estrito sensu). São trabalhadores em tempo integral com dedicação exclusiva ao SNS com carga horária de 35h semanais. Em 2012, a carga horária foi



aumentada para 37,5h semanais pelo governo central em um dos pacotes de ajustes frente à crise econômica. Além dos centros de saúde há pontos de atenção com apenas um consultório em zonas de população mais dispersa: são 10 mil consultórios locais vinculados ao CS da área com atendimento de seus médicos de família.

A APS tem posição forte no sistema. É o primeiro nível, com função de porta de entrada preferencial e filtro para a atenção especializada prestada nos ambulatórios hospitalares. Ao se registrarem no SNS é atribuído aos usuários um médico de família e comunidade do centro de saúde de sua zona. Posteriormente, se preferirem, podem escolher outro médico da mesma unidade. A lista de população por médico de família está entre 1300 a 1800 usuários e 700 crianças para o pediatra, com variação a depender da dispersão populacional.

A mais importante reforma da APS antecedeu a criação do SNS com reforma da assistência médica da previdência social, o INSALUD, (similar ao Inamps) já em 1984 (Real Decreto 137/1984). A reforma ocorreu por pressões dos profissionais recém-formados na especialidade de MFyC (criada em 1978) e da crescente insatisfação da população com os serviços oferecidos pelo INSALUD. (FREIRE, 2004) Esta reforma que se completou na segunda metade da década de 1990, instituiu medidas que valorizaram e qualificaram a APS na Espanha como: a contratação de médicos generalistas em dedicação integral e exclusiva ao SNS, a formação de equipes multidisciplinares, melhoria da infraestrutura física com construção de novos centros de saúde e o fortalecimento da função de *gatekeeper* do médico de *cabecera*.

O acesso à atenção especializada é condicionado ao encaminhamento pelo médico da equipe de APS. A atenção especializada ambulatorial é fornecida por meio de uma rede pública de centros especializados vinculados ao hospital da Área de Saúde. As consultas especializadas são ofertadas no ambulatório do hospital (81% das consultas especializadas em 2010) ou em centros de especialidades (19% das consultas) que, na maioria das vezes, compartilham a equipe de especialistas que trabalha no hospital da Área.

A remuneração dos médicos de família, além do salário, inclui um complemento *per capita* por paciente registrado em sua lista ajustado por idade (cerca de 15% da remuneração). O governo central regula a remuneração básica do pessoal estatutário, mas as CCAA tem liberdade para estabelecer complementos.

No contexto da crise foram definidos importantes cortes de gastos públicos inclusive os de saúde. O Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de abril instituí “medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones” estabelecendo cortes de 7 bilhões de euros no SNS por “exigência dos mercados”. Instituiu mudança legal na cobertura populacional ao definir uma condição de segurado à Seguridade Social em contraposição ao direito universal. Excluiu imigrantes ilegais do acesso ao SNS com exceção de urgências, gravidez e atenção a menores de 18 anos e para não segurados prevê o pagamento de cota convênio especial ainda não implementado. Previu também cortes na carteira de serviços ao separar a carteira comum do SNS em três modalidades: básica sem copagamento; suplementar; e a de serviços acessórios; ambas com copagamentos. Desta forma, ampliam-se os copagamentos, no caso de medicamentos para aposentados até então isentos, e previu sua introdução para transporte sanitário, órteses/próteses e produtos dietéticos, todavia não implementada.

## O Seguro Social de Doença (GKV) — O caso alemão

O Seguro Social de Doença (*Gesetzliche Krankenversicherung* — GKV) de afiliação compulsória cobre 89% da população, é financiado solidária e paritariamente por trabalhadores e empregadores, mediante taxas de contribuições sociais proporcionais aos salários (15,5%, sendo 7,3% responsabilidade do empregador; e 8,2% do trabalhador). O financiamento do sistema de saúde é predominantemente público: 77% dos gastos em saúde na Alemanha são públicos. O sistema é plural composto por 146 Caixas de Doença. Há estrita separação entre financiamento e prestação, as Caixas não

prestam serviços diretamente, devem contratar prestadores públicos e privados.

Para atenção ambulatorial, seja primária ou especializada, as Caixas estabelecem contratos com as Associações de Médicos Credenciados e estes, profissionais autônomos, atendem os segurados em seus consultórios privados em geral individuais (em 77% dos consultórios trabalha somente um médico). Para atenção hospitalar, as Caixas estabelecem contratos com cada hospital (sendo 48% dos leitos públicos). Os médicos da atenção hospitalar são empregados assalariados. Há também estrita separação entre atenção ambulatorial e hospitalar: o médico ou trabalha no consultório ou no hospital.

A oferta das Caixas é ampla, sendo que a grande maioria (98%) dos médicos em exercício em prática ambulatorial é credenciada pelas Caixas (85% credenciados e 13% como empregados) e somente 1,7% atuam em prática privada exclusivamente.

A remuneração dos profissionais pelas Caixas é realizada com base em casos tratados e limitada por tetos financeiros por consultório e especialidade. A atenção ambulatorial é gratuita (em 2004 foi estabelecida uma taxa de copagamento de 10 euros por trimestre por médico procurado, que foi abolida em 2012).

As Associações de Médicos Credenciados das Caixas do Seguro Social de Doença ocupam posição-chave no sistema de saúde. São responsáveis pela garantia da atenção ambulatorial e coordenam as atividades dos outros prestadores de serviços, cujo acesso é dependente de seu encaminhamento. Essas associações representam os médicos, estabelecem contratos coletivos com as Caixas e negociam o valor da remuneração setorial. Recebem os honorários de todos os médicos, que são separados em um valor global para os médicos generalistas e outro para médicos especialistas, e os distribuem para cada médico, conforme o número de casos tratados e serviços prestados por trimestre. (HERRMANN; GIOVANELLA, 2013)

A APS no Seguro Social de Doença alemão é fraca. Não é definido um primeiro nível de atenção: o segurado, a cada atendimento pode

escolher qualquer médico credenciado. Assim, a atenção de primeiro contato pode ser prestada tanto pelo generalista quanto pelo médico especialista.

O médico generalista não é *gatekeeper*, ou seja, não é obrigatório o registro e o encaminhamento pelo generalista para consulta com especialistas. Há, todavia certa tradição na atenção por médico generalista: correspondem a cerca da metade do total de médicos do setor ambulatorial e mais da metade dos alemães referem ter um generalista de sua confiança.

Na Alemanha, medidas para fortalecer a atenção pelos generalistas vêm sendo introduzidas de forma lenta desde os anos 1990, especialmente a partir 1997 com o governo de coalizão social democrata/verdes. Em 2000 foi criada a Comissão de Generalistas ao interior das Associações de Médicos das Caixas com separação da remuneração ambulatorial entre orçamento para generalistas e outro para especialistas. Esta medida levou à valorização do GP com melhora de sua renda. Foram também implementados programas de gestão de patologias (Disease management programs – DMP) para agravos como diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca, com inscrição de pacientes, coordenação da atenção pelo GP e incentivos financeiros.

Em 2007, foi estabelecida obrigatoriedade das Caixas oferecerem programa de Atenção Centrada no Médico Generalista com função de *gatekeeper* e coordenação. Entretanto, a participação de segurados e dos médicos generalistas é voluntária. Algumas Caixas definiram bônus para adesão de segurados, todavia os alemães valorizam muito a livre escolha a que estão acostumados e a adesão é baixa. Para este programa, as Caixas estabelecem contratos seletivos com as Associações de Médicos Generalistas que estão em lenta implementação. Permanecem importantes conflitos e dificuldades devido a disputas na distribuição da remuneração entre médicos especialistas e generalistas.

A experiência mais desenvolvida deste modelo assistencial centrado no generalista é da Caixa AOK de Baden-Württemberg implan-

tado em 2009. Neste modelo foram incluídos novos profissionais, técnicas de enfermagem com capacitação específica, que por delegação do GP realizam visitas domiciliares, apoiam o trabalho dos GPs e reduzem sua carga. Há, contudo, importante resistência dos GPs a qualquer modalidade de substituição do trabalho por outras profissões. A enfermagem e outras profissões da saúde como fisioterapeutas são tradicionalmente de nível técnico. A formação universitária destas profissões é recente. De toda maneira, com estes novos profissionais, inicia-se incipiente trabalho em equipe.

As primeiras avaliações da Atenção Centrada no Médico Generalista são positivas. Há maior adesão de pacientes crônicos, ocorre fortalecimento de vínculo com aumento de frequência de consultas com o GP e melhor coordenação pelo generalista, reduzindo o acesso ao especialista sem encaminhamentos. (GERLACH; SZECSENYI, 2012)

Recente, legislação de 2012 buscou regular a oferta de serviços em áreas rurais, para garantir atenção nestas áreas, uma vez que se observa envelhecimento dos médicos generalistas e baixa adesão de novos profissionais à especialidade, com tendência a baixa oferta em áreas rurais. (HERRMANN; GIOVANELLA, 2013)

## Crise e reformas

No contexto da crise, os três países estão submetidos a distintas pressões financeiras. A Alemanha cresce, tem baixo desemprego e apresentou superávit no seguro social de doença tendo sido abolido o copagamento na atenção ambulatorial. Na Espanha e Inglaterra ocorreram ajustes e cortes nos orçamentos públicos. Na Espanha, país mais afetado pela crise, houve aumento do copagamentos de medicamentos, definição da condição de filiado à Seguridade Social e restrição de acesso a imigrantes ilegais, como mencionado.

Nos programas de ajuste, intensificam-se os mecanismos de reformas pró-mercado e observa-se tendência à privatização e comercialização da saúde em diversas modalidades (investimentos, gestão, prestação). Neste contexto, e com a presença de governos conserva-

dores, o suposto fortalecimento da APS e de sua função de coordenação é coetâneo à intensificação da competição e mercantilização dos sistemas públicos. Os cortes já têm algumas repercussões na atenção como aumento de tempos de espera, desigualdades e insatisfação da população.

A crise está em curso e os processos históricos são abertos, suas consequências a médio e longo prazo são dependentes da força da mobilização das bases sociais de sustentação dos sistemas universais. A população, entidades e profissionais de saúde se mobilizam e resistem aos cortes nas políticas sociais, com surgimento de movimentos de solidariedade internacional.

## Tendências de reformas da APS em países europeus

Nos processos de reformas europeus desde os anos 1990, os serviços de APS ampliaram suas funções clínicas — enquanto serviços de primeiro contato e prevenção; de coordenação da atenção funcionando como *gatekeeper* responsável por referências, articulando os outros serviços primários e sociais; e funções financeiras, controlando orçamentos hospitalares e de serviços especializados.

Estas reformas organizacionais pró-coordenação incluíram um conjunto de medidas que proporcionaram maior poder e controle da APS sobre prestadores de outros níveis (como coordenador ou comprador) e/ou expandiram o leque de serviços ofertados no primeiro nível. (RICO; SALTMAN; BOERMA, 2003; SALTMAN; RICO; BOERMA, 2006)

Observa-se ampliação da função de filtro/sistema de *gatekeeping* no qual os profissionais de APS são a porta de entrada preferencial do sistema, controlando a utilização de serviços nos outros níveis e passaram a dispor de maior grau de autoridade sobre o custo e qualidade da atenção especializada e hospitalar comprando/contratando/comissionando serviços especializados para seus pacientes. (SALTMAN; RICO; BOERMA, 2006) Os exemplos mais marcantes são dos processos na Inglaterra na conformação do mercado interno

do NHS inglês, no qual organizações de GPs foram instituídas como compradores dos serviços especializados para seus pacientes em uma sequência de iniciativas já mencionadas. Na Alemanha, há tentativas de instituir o GP/*Hausarzt* como coordenador, sendo, desde 2007, obrigatória para as Caixas ofertar modelo assistencial centrado no médico generalista, em processo de implementação muito lenta.

Importa lembrar que a função de *gatekeeper* pode funcionar como barreira na presença de oferta especializada insuficiente, e que contribui, mas não garante, a coordenação do cuidado. Para garantir coordenação, fazem-se necessárias estratégias para estabelecer cooperação e contato direto das equipes da APS com profissionais especializados e hospital (GIOVANELLA et al., 2009)

Observa-se ampliação de funções clínicas incluindo novas ações curativas, maior acesso a testes diagnósticos, acesso eletrônico a registros hospitalares e resultados facilitados por novas tecnologias de informação e comunicação. Neste processo há substituição de outros prestadores na oferta de procedimentos (pequenas cirurgias em dermatologia, GPs com especial interesse realizam endoscopia, responsabilizam-se pela anti-coagulação, entre outros).

Para ampliar as funções e garantir qualidade, são instituídos incentivos financeiros à produção de ações com oferta insuficiente na prevenção de doenças e promoção da saúde e avança-se na contractualização de metas e resultados.

São desenvolvidos novos modelos para promover melhor qualidade do cuidado ao portador de doença crônica. Há disseminação de diretrizes clínicas para agravos frequentes, que permitem monitoramento das práticas médicas e promovem redução da variabilidade de condutas, um importante fator determinante de custos excessivos. Neste sentido, estão sendo implementados, programas de gestão clínica/gestão de patologias que promovem o compartilhamento por diversos prestadores de um esquema de atenção e com base em uma diretriz clínica: definem tratamentos e objetivos de saúde (metas de controle da doença, níveis plasmáticos); distribuem competên-

cias entre os diversos prestadores; organizam fluxos entre atenção primária, especializada, hospitalar e de reabilitação. Em geral, o GP assume o papel de *gatekeeper* e de gestor da patologia, inscrevendo pacientes e coordenando a assistência, função esta compartilhada ou exercida por enfermeiro. (GIOVANELLA, 2011)

Implantam-se iniciativas de trabalho integrado com internistas de hospitais para atenção a pacientes com multimorbidade (na Espanha, serviços de pluripatologia articulam GP e internistas de hospital). Institui-se a gestão de casos de pacientes com multimorbidade em APS, articulado com especialista/hospital e importante papel da enfermagem. (CORRALES-NEVADO; ALONSO-BABARRO; RODRÍGUEZ-LOZANO, 2012) Iniciam-se experiências de gestão integrada de serviços de APS, serviços hospitalares e de atenção especializada como as *Organizaciones Sanitarias Integradas* do país Basco com estratégias compartilhadas de atenção ao doente crônico. (VASQUEZ et al., 2012)

Papéis profissionais são ampliados e tendem a ser redefinidos. Há incorporação da fisioterapia nas unidades de APS. Os generalistas ampliam sua atuação no campo psicossocial e ocorre articulação mais estreita com os serviços de saúde mental. Expande-se a atuação em cuidados paliativos e atenção domiciliar dos profissionais de APS, em conjunto com o desenvolvimento de serviços específicos. Há tendência de maior integração com os serviços sociais e de ampliação da atuação dos trabalhadores sociais sanitários para garantia de cuidado para idosos com perda de autonomia, tornando-se necessária a qualificação dos assistentes sociais para esta atuação.

Outra tendência importante é a ampliação das funções da enfermagem com maior autonomia deste profissional. Estudos mostram que a substituição do trabalho médico por enfermeiras diminui custo, reduz carga médica, e tem qualidade similar. Pode inclusive ter componentes de melhor qualidade, pois as consultas de enfermagem são mais longas e as enfermeiras informam melhor os pacientes. (LAURANT et al., 2009)



A criação de departamentos de medicina geral e de família em todas faculdades de medicina é uma realidade em muitos países europeus. (HERRMANN; GIOVANELLA, 2013) Atualmente é obrigatório o título nesta especialidade para atuação como generalista, o que exige formação em residência por período de cinco anos segundo a norma europeia. Entretanto, um problema comum, compartilhado por vários países é a dificuldades para atração de estudantes para a especialidade MFyC e para fixação de médicos e generalistas em áreas rurais.

Ocorre também a academização das outras profissões da saúde com criação de faculdades de enfermagem e fisioterapia na Alemanha, a partir dos anos 1990, antes inexistentes. Observa-se tendência para ampliar o trabalho em equipe, o qual é ainda mais incipiente que no Brasil. Tenderia a APS na Europa a se tornar um pouco menos médico centrada?

## Considerações finais

O que podemos aprender das experiências destes países? Certamente em primeiro lugar reconhecer a possibilidade de existência de sistemas universais de saúde financiados solidariamente com predomínio de gastos públicos com redes de serviços compartilhadas pela grande maioria da população. Ainda que tensionados, em contexto recessivo, por políticas de austeridade de governos conservadores, os sistemas de saúde nos três países estudados permanecem universais e financiados publicamente. É sempre importante denunciar que o financiamento do SUS e da atenção básica no Brasil são extremamente baixos e insuficientes, considerando a nossa receita nacional e a obrigação constitucional da garantia do direito universal à saúde. Como vimos, nos países europeus que alcançaram cobertura universal como a Inglaterra e Espanha os gastos públicos correspondem a 7% ou 8% do Produto Interno Bruto (PIB). No Brasil, os gastos públicos em saúde contabilizam 3,7% do PIB. Temos condições econômicas para dobrar nossos gastos públicos em saúde, nossa riqueza nacional

nos permite. O que falta é a decisão política e apoio social (especialmente da classe média) para aplicar mais recursos públicos em saúde.

As iniciativas de desenvolvimento de novas experiências de modelos de cuidados para doentes crônicos, os modelos de atenção domiciliar, os esquemas para garantia de cuidados de longa duração com proteção pública, certamente merecem ser mais bem estudados e podemos aprender muito com estas experiências.

Outro campo em que precisamos urgentemente avançar refere-se às carreiras profissionais no SUS. Carecemos, sem dúvida, de uma carreira nacional para profissionais do SUS, o que poderíamos investigar melhor no exemplo da Espanha do regime nacional de pessoal civil do SNS.

Podemos certamente também ensinar, temos muitas fortalezas em nossa APS – além do engajamento de muitos de nossos profissionais – com destaque para o trabalho interdisciplinar em equipe, a atuação comunitária, a mediação intersetorial e a amplitude e institucionalização da participação social no SUS.

Para finalizar, destaca-se que em nível internacional, nos últimos anos, a APS adquire também importância no debate da universalidade, que tem sido reiterada como estratégia para alcance da cobertura universal. Há dubiedade, contudo, quanto ao significado da universalidade almejada e do escopo da estratégia APS. Viveríamos uma tensão entre: sistemas universais de saúde ou apenas coberturas segmentadas com seguros diferentes conforme possibilidade de compra e renda dos indivíduos? APS seletiva focalizada ou ordenadora de uma atenção integral?

Quando aderimos ao lema “APS agora mais do que nunca” é necessário explicitar a universalidade que buscamos e a APS que queremos: uma APS seletiva e um universalismo básico? Ou Atenção Primária Integral à Saúde e sistema de saúde equitativo de acesso universal como a proposta original do SUS?

Ter clareza destas tensões é fundamental para que possamos avançar em defesa do direito à saúde. A saúde é um componente central dos direitos humanos. Amartya Sen (2008) argumenta que

os direitos humanos não são uma questão de leis, mas uma questão de ética social. São direitos inalienáveis de cada um, antecedem as leis: são os ancestrais, os pais e as mães, das leis.

Tomar a saúde como um direito humano agora é um apelo a ações políticas, sociais, científicas e culturais para garantia de saúde para todos. Reconhecer a saúde como direito é reconhecer a necessidade de um acordo social forte para uma boa saúde. (SEN, 2008)

Contribuir para a construção deste acordo social é nossa responsabilidade e compromisso como docentes, pesquisadores e trabalhadores do SUS. A efetiva construção do SUS é parte de nosso processo civilizatório, de construção de uma sociedade brasileira mais democrática, solidária e justa.

## Referências

ALMEIDA, C. M. Reformas de sistemas de saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 871–922.

BOYLE, S. United Kingdom (England): Health System Review. *Health Systems in Transition*, v. 13, n. 1, p. 1–486, 2011. Disponível em: <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/135148/e94836.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf)>. Acesso em: 7 mar. 2015.

CONNILL, E. M.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, v.10, s14–s27, 2010. Suplemento 1.

CORRALES-NEVADO, D.; ALONSO-BABARRO, A.; RODRÍGUEZ-LOZANO, M. A. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. *Gac Sanit.*, v. 26, n. p. 63–68, 2012. Suplemento 1.

FREIRE, J. M. La atención primaria de salud y los hospitales en el Sistema Nacional de Salud: importancia y retos de la universalización y la equidad en el aseguramiento. In: NAVARRO, L. V. (Ed.). *El Estado de Bienestar en España*. Madrid: Tecnos 2004. p. 239–291.

GERLACH, F.; SZECSENYI, J. *Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach §73 b SGB V in Baden-Württemberg*. Berlin: 15 juni 2012. HZV Aktuell.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 5, p. 951–964, 2006.

GIOVANELLA, L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16 p.1081–1096, 2011. Suplemento 1.

GIOVANELLA L, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.14, p. 783–794, 2009.

HERRMANN, M.; GIOVANELLA, L. Desenvolvimento e formação profissional em medicina geral e de família na Alemanha. *Revista Brasileira Medicina Família Comunidade*, v. 8, n. 27, p. 132–42, 2013. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfcb\(27\)679](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfcb(27)679)>. Acesso em: 30 ago. 2013.

LABONTÉ, R. et al. Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial. Dossier. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, Bogotá, v. 8, n. 16, p. 14–29, 2009.

LAURANT, M. et al. *Substitution of doctors by nurses in primary care. The Cochrane Library*, 2009. Disponível em: <<http://www.thecochranelibrary.com>>. Acesso em: 3 jul. 2012.

MENY, I.; THOENIG, J. C. *Las políticas públicas*. Barcelona: Ariel Ciencia Política, 1992. Cap. VIII – La dimensión comparativa de las políticas públicas, p. 223–244.

NHS COMMISSIONING BOARD. *Commissioning development: Key facts*. 2012. Disponível em <<http://www.commissioningboard.nhs.uk/files/2012/06/fact-comm-dev.pdf>>. Acesso em: 6 ago. 2012.

OECD. *OECD Health Data*. 2012. Disponível em: <[http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT#](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#)>. Acesso em: 15 jan 2014.

OPAS; OMS. *Renovação da atenção primária nas Américas*. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde. Washington, 2005. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/media/File/OPAS%20renovacao%20APS%202005%20portugues.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2012.

POLLOCK et al. The market in primary care. *BMJ*, v. 335, p. 475–477, 8 sept. 2007.

REPULLO-LABRADOR, J. R. La sostenibilidad de las prestaciones sanitarias públicas. In: PRESNO LINERA, M. A. (Coord.). *Crisis económica y atención a*

*las personas y grupos vulnerables*. Procura N° 2. Procuradora General del Principado de Asturias. Oviedo: Universidad de Oviedo, 2012.

REYNOLDS, L.; MCKEE, M. GP commissioning and the NHS reforms: what lies behind the hard sell? *Journal of the Royal Society of Medicine*, v. 105, p. 7–10, jan. 2012.

RICO, A.; SALTMAN, R.; BOERMA, W. Organizational restructuring in European Health System: the role of primary care. *Social Policy & Administration*, v. 37, n. 6, p. 592–608, 2003.

SALTMAN, R. B.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Berkshire: Open University Press, 2006.

SEN, A. Why and how is health a human right? Comment. *The Lancet*, p. 372, 2008.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, v. 83, n. 3, p. 457–502, 2005.

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

UNISOM. *Health Social Care Act 2012*. Making sense of the new NHS. June 2012. disponível em: <<https://www.unison.org.uk/upload/sharepoint/Policies/Health%20and%20Social%20Care%20Act%20-%20how%20to%20make%20sense%20of%20it.pdf>> . Acesso em: 1 ago 2012.

VAZQUEZ, M. L. et al. Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. *Informe SESPAS 2012*. *Gac Sanit.*, v. 26, p. 94–101, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Atenção primária à saúde: mais necessária que nunca*. The World Health Report 2008. Geneva: WHO, 2008.

# Redes de Atenção à Saúde e os desafios da Atenção Primária à Saúde: um olhar sobre o cenário da Bahia

---

*Marluce Maria Araújo Assis*

## Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS), que na versão brasileira é denominada Atenção Básica à Saúde (ABS), tem sido priorizada na agenda federal como estratégia orientadora do modelo de atenção à saúde sob o manto de influência do Programa Saúde da Família (PSF) que nasce em 1994, colocando a família na agenda das políticas sociais. Naquele momento, refletia, também, tanto interesses do modelo neoliberal, ao focalizar ações na população excluída da sociedade, como de forças sociais solidárias que lutavam pela transformação do processo de trabalho em saúde na “porta de entrada” no sistema de serviços de saúde. (ASSIS et al., 2007)

Já no final da década de 1990, o PSF assume uma nova institucionalidade, constituindo-se em estratégia política-governamental

com a denominação de Estratégia Saúde da Família (ESF), idealizada como principal espaço de intervenção no primeiro nível de atenção, que deveria incorporar de forma gradativa, novos sujeitos sociais em diferentes espaços de saberes e práticas. No entanto, a prioridade demarcada para essa política se contrapõe a um cenário de dificuldades, com pulverização de estratégias e recursos focalizados em ações voltadas para diferentes linhas temáticas como pessoas portadoras de diabetes, hipertensão, prevenção de câncer de mama, entre outras.

Assim, a APS busca ordenar a entrada do usuário no sistema de saúde, identificando demandas e necessidades (individuais e coletivas), devendo a atenção ser coordenada e articulada em rede para proporcionar um cuidado integral. Nesse sentido, a APS é parte da rede de saúde proposta no Sistema Único de Saúde (SUS), conectando serviços, saberes e práticas, compondo os espaços territoriais e suas respectivas populações. Os pontos de conexão devidamente caracterizados pelo fazer cotidiano, envolvem a oferta e demanda de serviços de saúde; o fluxo do atendimento que define a entrada e saída do usuário no sistema; e o sistema de governança operado pelos dirigentes do SUS.

Os desafios colocados ao SUS, a partir dos anos 2000, sustentam-se em suas diretrizes, particularmente a descentralização/regionalização e o funcionamento parcial do chamado “pacto federativo” (CAMPOS, 2007), com destaque para a excessiva autonomia dos municípios, sem uma devida supervisão e controle dos processos e a ausência relativa dos estados da Federação na gestão corresponsabilizada da rede, dificultando a regionalização e a continuidade da atenção em diferentes níveis de densidades tecnológicas, além de, muitas vezes, a gestão submeter-se a interferências político-partidárias, fragilizando a rede em sua dinâmica político-administrativa.

A regionalização no estágio atual exige a cooperação solidária entre os municípios de determinada região de saúde e a qualificação da APS como coordenadora do cuidado, considerando que, a gestão do SUS cabe aos municípios que se apresentam com características

diferenciadas no cenário brasileiro. Daí a importância de valorização das experiências locais para trabalhar com diferentes estratégias de intervenção, como: territorialização com adscrição de clientela; organização do trabalho com base no perfil epidemiológico e social da população; acolhimento do usuário com garantia de atendimento à demanda espontânea e programada; análise de risco nos processos de atenção; e utilização de dispositivos diversos de gestão do cuidado em saúde, visando garantir a integração das práticas e a continuidade da atenção. (LAVRAS, 2011; SANTOS, 2013)

Ressalta-se que a discussão da regionalização deve ser articulada com o debate acerca do modelo de gestão, pois o modelo adequado deve ser construído em cada caso, de acordo com os problemas específicos de cada região. Contudo, é preciso considerar balizas importantes na construção desse modelo, como a busca de maior responsabilização entre os dirigentes das regiões e macrorregiões; a capacidade de gestão de cada município para estabelecer compromissos e contratos com os usuários; cooperação política e técnica entre a esfera do estado e os diferentes municípios das regiões de saúde; e as definições de financiamento com responsabilidade sanitária e social das esferas de poder envolvidas.

No entanto, é preciso aliar a agenda política da regionalização com a produção do cuidado no cotidiano da APS, implicando responsabilidade e compromisso das equipes de saúde. Produzir cuidado significa aproximar-se do outro e valorizar as necessidades das pessoas que demandam a atenção. Trata-se, portanto, de encontros conectados por diálogo entre o cuidador e quem recebe o cuidado. Não se pode esquecer que a produção do cuidado envolve dispositivos como acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização e resolubilidade, no sentido da busca contínua pela atenção integral e de qualidade.

Merhy (2012) faz uma provocação sobre as tensões no SUS, que pode ser análoga à produção do cuidado em ato. Ou seja, o encontro entre profissional de saúde e usuário do serviço precisa provocar uma



posição de troca e de conexões, buscando um entendimento mútuo, valorizando o outro como alguém que é “produtor em si de modos de vida”. A riqueza destas conexões existenciais orienta a produção da vida que é fundamental para a construção do cuidado em saúde.

O presente texto tem como pretensão provocar uma reflexão sobre a APS, buscando compreendê-la como ponto articulador da Rede de Atenção à Saúde e da produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família, situando o estado da Bahia como cenário disparador para o debate.

## Constituição das Redes de Atenção à Saúde e o cenário da Bahia na Atenção Primária à Saúde

Nos últimos 25 anos, no Brasil, alguns debates têm ocorrido acerca da temática Rede de Atenção à Saúde (RAS), aliada a um sistema público de saúde, gestado como um modelo democrático, norteado por utopias igualitárias, com garantia da saúde como direito, visando construir um poder compartilhado e corresponsabilizado entre as esferas federal, estadual e municipal, direcionando-se na contramão das tendências predominantes de valorização do pragmatismo e do individualismo enquanto valores universais das sociedades capitalistas.

A rede de serviços de saúde é compreendida por Santos e Andrade (2011, p. 1675) como uma

[...] forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, de um determinado território, de modo a permitir a articulação e a interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias, profissionais e organizações ali existentes, para que o cidadão possa acessá-los, de acordo com suas necessidades de saúde, de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme uma lógica técnico-sanitária.

Discutem-se oferta de serviços, cobertura assistencial, modelo de atenção e, principalmente, a resolubilidade na estrutura do SUS como um todo. Assim, os serviços e práticas de saúde devem se

organizar, direcionando enfoques da integralidade e pautando-se em paradigmas voltados para a garantia da saúde enquanto direito de cidadania. Uma rede integrada requer, portanto, a remodelagem dos processos de gestão e de atenção à saúde nos diferentes pontos de produção do cuidado.

Reconhece-se a complexidade da temática, demarcando quatro dimensões de análise que são integradas e complementares (ASSIS, 2013):

- 1) a rede como parte de territórios sociais, com seus componentes subjetivos e demarcadores de problemas e desafios econômicos, sociais e culturais, envolvendo o processo saúde-doença, as crenças e os valores dos grupos sociais que vivem nas áreas onde os serviços e práticas são ofertados em atenção às demandas/necessidades das pessoas;
- 2) a rede como edificadora do modelo de saúde, revela-se nas dificuldades de superação de práticas procedimento-centradas, fragmentadas e individualizadas. Nesse sentido, a construção de um modelo integral requer análise crítica do cuidado em saúde: de que forma as práticas estão estruturadas; para quais objetivos se direcionam; qual a dimensão do alcance do cuidado; para quem estar voltado; e qual a compreensão de saúde-doença dos sujeitos que operam cotidianamente o cuidado ao lidar com o objeto/sujeito de sua intervenção no campo da saúde. Assim, a incorporação de um cuidado integral tem sido um dos desafios na construção de um modelo de saúde, universal e equitativo, pois teria que aglutinar os dispositivos institucionais de acesso, vínculo, responsabilização e resolubilidade, entre outros, tornando-se complexo, inovador e criativo;
- 3) a rede como impulsionadora de um modelo de gestão democrático, como exigência fundamental na construção do SUS, pode ampliar conceitos relacionados à organização e ampliar a democracia institucional, conforme sugere Campos (2000, 2010), com a adoção de sistema de cogestão e de apoio institucional. Dessa

forma, redireciona as formas de poder organizacional entre dirigentes e equipe de saúde e entre equipe e usuários, combinando graus de autonomia dos trabalhadores e a responsabilidade sanitária de cada um. Ressalta-se a necessidade de valorizar as ferramentas do planejamento e da avaliação institucional, de modo estratégico e participativo;

- 4) a rede como inerente a organização de um sistema integrado, resolutivo e pleno de tecnologias adequadas à “porta de entrada”, por meio da APS, como coordenadora dos cuidados. Esta dimensão é central na recondução das relações de trabalho e na incorporação de dispositivos como acolhimento e responsabilização no fazer cotidiano da equipe de saúde. A discussão do fluxo do atendimento é essencial, situando os diferentes níveis de densidade tecnológica na organização da oferta, orientada pela demanda da sociedade.

Discutir rede significa articulá-la à política de APS, tanto no contexto nacional (BRASIL, 2011, 2012) quanto estadual. (BAHIA, 2013a) Nessa direção, considera-se a integração desse ponto de atenção com o restante do sistema, atuando como porta de entrada preferencial, pautado em um modelo de organização integrado e regionalizado que garanta acesso a outros pontos da rede.

Todavia, os estudos de Rocha e outros (2008); Giovanella e outros (2009) e Borges e Batista (2010) referem que os problemas da APS decorrem de aspectos relacionados à organização e à gestão do sistema, que precisam ser equacionados, como: as dificuldades para referenciar usuários a partir da atenção no primeiro nível da rede; o não reconhecimento das ferramentas do planejamento e da programação em saúde como fundamentais para organização da oferta a partir das demandas; o uso inadequado de sistemas de informação; a sobrecarga de trabalho das equipes de saúde da família; precarização do trabalho em saúde; a insuficiência de oferta de atenção especializada, produzindo filas de espera, comprometendo a continuidade

do cuidado; e a baixa governabilidade dos municípios sobre serviços especializados sob gestão estadual.

No cenário da Bahia, a partir dos anos 2000, inicia-se um processo de implementação e qualificação da APS. Em 2003, o estado insere-se no Programa de Expansão da Estratégia Saúde da Família (PROESF) articulado ao projeto Saúde Bahia, financiado pelo Banco Mundial. (VASCONCELLOS, 2013) O PROESF teve importante caráter avaliativo e tinha como pretensão estabelecer estratégias de intervenção, contribuindo para a consolidação da ESF. O resultado esperado com o PROESF era de que servisse como dispositivo para ampliação e consolidação da atenção às famílias nas médias e grandes cidades, tanto no modo de organização no âmbito municipal, como no desempenho do sistema.

No ano de 2004, foi desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde (SESAB) o programa de certificação para o credenciamento das equipes de saúde da família junto ao Ministério da Saúde, através do Decreto nº 9.034, de 30 de março de 2004, que instituiu o Programa Estadual de Certificação da Atenção Básica. Além dessa medida político-administrativa, a agenda estadual de saúde definiu como um dos seus compromissos “a reorientação do modelo assistencial, ampliando o acesso e a qualidade das ações e serviços de saúde”. (BAHIA, 2004, p. 22)

No contexto nacional, em 2006, discute-se um novo reordenamento político para se restabelecer a política de saúde e a legitimidade do SUS, por meio do Pacto pela Saúde. No entanto, não se pode negar que a adoção de pactuação na gestão do SUS assume papel estratégico desde 1996, com a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-SUS/01/96) e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), subsequentes, nos anos 2000.

O Pacto pela Saúde, em 2006, deve estimular à cooperação intergovernamental, promovendo incentivos à colaboração técnica e/ou financeira, reduzindo a disputa por recursos e pela delegação de responsabilidades no desenvolvimento das ações nas redes de saúde

em territórios regionalizados. Busca-se, portanto, dissolver a dicotomia existente entre os pactos da assistência (ações individuais) e da vigilância em saúde (ações coletivas). Traz como inovação a extinção da habilitação para estados e municípios e visa instituir de maneira mais clara a responsabilização solidária no SUS, em que todos os gestores são considerados plenos de suas responsabilidades, substituindo o processo de habilitação pela adesão ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG) (BRASIL, 2006) e mais recentemente o Contrato Organizativo de Gestão Pública (COAP). (BRASIL, 2011)

Em resumo, Solla (2006) identifica cinco mudanças importantes com as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde: a substituição do processo de habilitação do município pela formalização de termos de compromisso e gestão; a proposta de regionalização solidária como eixo orientador da descentralização; a integração das várias formas de repasse de recursos federais para estados e municípios em blocos de financiamento; a cobrança da explicitação dos recursos de custeio próprios das esferas municipal e estadual; a unificação dos processos de pactuação de indicadores, entre outros.

Além disso, a Diretoria da Atenção Básica da Secretaria de Estado da Bahia, em 2007, realiza um diagnóstico da situação da rede de atenção básica, sintetizado em: baixa cobertura e lenta expansão da ESF; precarização das relações de trabalho; mercado predatório com alta rotatividade de profissionais; baixa qualidade da atenção; baixa capacidade de gestão localregional; pouca potência do controle social; modelo de gestão estadual hierarquizada, fragmentada, cartorial e pontual, entre outros. (VASCONCELLOS, 2013)

Na tentativa de reverter este quadro, segundo Vasconcellos (2013), propõe-se uma política estadual da atenção básica, com orientação voltada para a reorganização da rede localregional, expansão da saúde da família com inclusão social, desprecarização do trabalho das equipes de saúde da família, qualificação da atenção básica, descentralização solidária e fortalecimento da gestão municipal e regional. Adota-se o lema “saúde da família de todos nós”. As pro-

posições seriam edificadas por um novo modelo de gestão, estruturado com apoio institucional e educação permanente.

Apesar de reconhecer o esforço para mudar o cenário desde 2007, ainda persistem fragilidades em relação à organização local-regional: a qualificação da atenção pode ser traduzida num cenário desalentador de um modelo centrado em procedimentos, sem garantia de atendimento em outros níveis de densidade tecnológica; o trabalho precarizado é uma realidade, sem perspectivas de resolução do problema.

Merece destaque, a tentativa de resolver a precarização dos vínculos trabalhistas de profissionais da ESF por meio da criação da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) em 2009. A FESF-SUS é mantida com recursos das três esferas de governo (Federal, estadual e Municipal), com o objetivo de compor a política de expansão, consolidação e fortalecimento da ESF e a desprecarização do vínculo trabalhista, por meio de estratégias que assegurem a qualificação, a valorização dos trabalhadores da saúde e o desenvolvimento humano, associadas às constantes melhorias da qualidade dos serviços ofertados aos usuários do SUS. (LOPES, 2013)

O arranjo institucional da FESF parece ser insuficiente para solucionar os problemas de gestão do trabalho de uma rede de saúde complexa e com múltiplos interesses em jogo, envolvendo dificuldades de várias ordens: jurídica, política, financeira e de gestão. Vale refletir sobre um sistema regulamentado há mais de duas décadas, mas que não conseguiu até hoje, resolver a vinculação do trabalhador ao sistema, seja por subfinanciamento, por impedimento legal com a Lei de Responsabilidade Fiscal, ou mesmo por disposição política, sendo um nó que precisa ser desatado. Urge uma postura mais firme e decisiva dos agentes políticos que constroem a utopia de uma rede de saúde pública, universal, integral e resolutiva.

Lopes (2013) refere que, nos três primeiros anos de implantação da FESF-SUS foram identificadas muitas dificuldades em manter as contratualizações junto aos municípios, já que até fevereiro de 2010 foram assinados 69 contratos de prestação de serviços, tendo no iní-

cio de 2013, apenas 18 contratos na APS e, atualmente, apenas 10 municípios estão contratualizados, restringindo-se a 65 trabalhadores. Estes dados evidenciam que a estratégia de desprecarização definida pelo Estado da Bahia, via Fundação Estatal, se mostrou, até agora, insuficiente e insatisfatória para resolver o problema da vinculação do trabalhador à rede de atenção primária.

A Gestão do Trabalho e Educação Permanente para o SUS demanda uma série de necessidades, desde a formação, inserção e disponibilidade de profissionais no mercado até o vínculo dos trabalhadores em saúde com o sistema. Não obstante, é presente a precarização das relações de trabalho, tornando mais difícil a manutenção de um quadro funcional estável, motivado e comprometido. Aponta-se para a necessidade de avanços das políticas de gestão do trabalho com a desprecarização do trabalho no SUS, com valorização profissional, regulamentação de um plano de carreira, cargos e salários; implantação de estratégias de educação permanente que possibilite a ascensão profissional, no tocante à qualidade do trabalho, maior motivação, respeitando-se a necessidade do serviço e satisfação deste trabalhador, além de possibilitar mecanismos de compensação salarial.

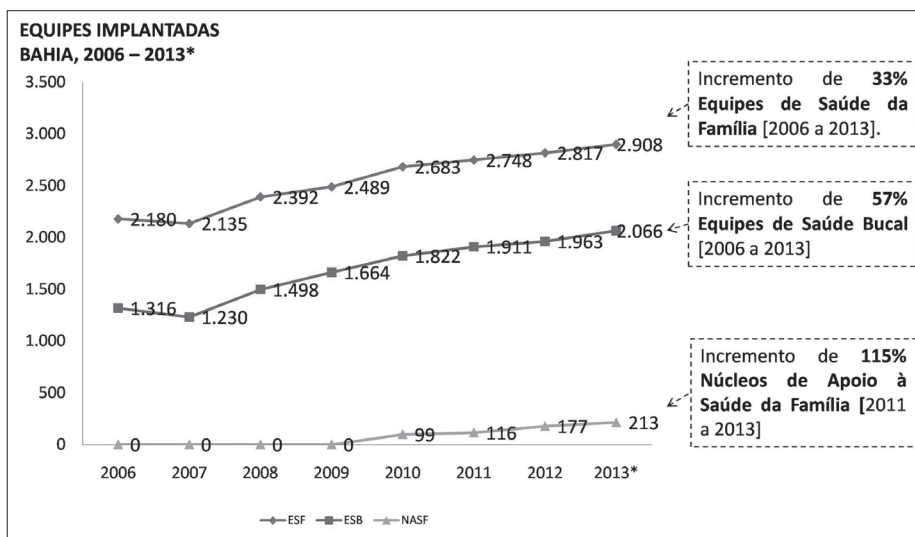
O momento atual do SUS demonstra uma necessidade de (re) consideração das relações de trabalho que vem se construindo nos últimos anos. Apesar de haver uma direção no sentido de procurar uma forma de vincular o trabalhador ao sistema de saúde, esse fato parece não se concretizar no cotidiano da prática de gestão. A falta de vinculação do trabalhador ao sistema, diante das impossibilidades e inseguranças que circundam as formas de contratação, tem desmotivado permanência na rede, podendo inclusive se refletir em má assistência e falta de compromisso com o serviço.

No entanto, não se pode deixar de reconhecer que na Bahia, em termos de capacidade instalada, ainda que o trabalho na grande maioria dos municípios seja precarizado, evidencia-se um incremento de 33% de equipes de saúde da família e 57% de equipes de saúde bucal, no período de 2006 a 2013 (Gráfico 1). A cobertura é de

64%, totalizando 2.908 equipes e 2.066 equipes de saúde bucal implantadas. Conta, também, com 213 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), implantados no período de 2011 a 2013 e um Incentivo Financeiro Estadual com valor aproximado de R\$ 50 milhões (dados de 2011). (BAHIA, 2013b)

Em relação ao aspecto demográfico e de expectativa de vida tem-se uma população residente de mais de 15 milhões de habitantes, com uma esperança de vida ao nascer em 2013, de 68,4 anos para os homens e 77,4 para mulheres. (BAHIA, 2013b) Esta situação é acompanhada de agravos relacionados às condições de vida da população e doenças da “modernidade”. Isto requer uma rede de saúde complexa que possa atender as demandas que emergem e requerem cuidados ao longo do tempo.

Gráfico 1 – Equipes de Saúde da Família implantadas na Bahia (2006-2013)



\*Dados até outubro de 2013.  
 Fonte: Bahia (2013b).

Diante do cenário apresentado, a política de saúde em âmbito regional, envolvendo a esfera estadual e municípios, precisa colocar na agenda a qualificação e responsabilização das equipes e dos gestores,



vislumbrando atender de forma integral as demandas/necessidades dos usuários. A rede regional deve ter capacidade para resolver grande parte dos problemas de saúde da população na APS, que deve funcionar como “porta de entrada”, além de garantir o acesso a outros níveis de atenção, adequadamente integrados, de forma a permitir a coordenação dos cuidados por equipes de APS para resolução de necessidades que requerem assistência de média e/ou alta densidade tecnológica. Enfim, a constituição de uma rede exige qualidade da atenção, estrutura adequada, equipe comprometida e participação cidadã. São desafios contínuos e permanentes em defesa da saúde como direito universal.

### **Atenção Primária à Saúde e produção do cuidado: cenário baiano e suas interfaces com o cenário nacional**

A APS deve ser integrada aos demais níveis da rede locorregional de atenção à saúde e estar organizada de forma articulada com os grupos sociais que vivem em territórios singulares. No que diz respeito à produção do cuidado é imperativo pensar na articulação e desenvolvimento de projetos terapêuticos inclusivos, ressignificando os espaços sociais e a singularidade de cada sujeito, grupo familiar ou social, sem perder de vista a construção de práticas inovadoras com base na promoção, sem esquecer-se da prevenção e da atenção aos processos de adoecimentos, a reabilitação física e social e a manutenção da vida com qualidade e bem estar.

A produção do cuidado envolve o acesso do usuário à rede, a forma como é acolhido, os vínculos estabelecidos entre as equipes, usuários e famílias e a responsabilização dos dirigentes, da equipe e da população. Tudo isso, precisa ser pensado como desafio na formação dos trabalhadores para um novo modelo integral, interdisciplinar e criativo, ao tempo em que, se busque cotidianamente a reconstrução de um trabalho mais dinâmico e estimulante, e uma gestão responsável, horizontal, democrática e participativa.

As afirmações acima, no entanto, ainda estão no plano teórico e ideal, considerando que, em pesquisas realizadas em diferentes cenários do Brasil (SANTOS et al., 2012; OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014) e da Bahia (ASSIS et al., 2010; SANTOS, 2013) o ideário é muito distante da realidade, observando-se que, a prática desenvolvida na Saúde da Família ainda é pautada em consulta individual com forte valorização da medicalização. É evidente que o modelo tradicional, centrado nos aspectos biológicos e medicalizadores, coloca a equipe como salvadora, com destaque para a prática médica. A sua compreensão de saúde se restringe somente à doença e à prescrição de exames e medicamentos. Esse modelo ainda orienta, de maneira hegemônica, as concepções de gestores, profissionais de saúde e usuárias e, conseqüentemente, imprimem um modelo de “cuidado” em saúde. A medicalização reforça a ideia de saúde com maior quantidade de procedimentos e prescrições, em detrimento das necessidades de saúde da população relacionadas às suas situações de vida. Desse modo, a aspiração das pessoas, voltada para a procura dos serviços de saúde, permanece arraigada à cultura da comunidade e também aos próprios trabalhadores de saúde, que não valorizam a participação na vida comunitária, mantendo-se um conformismo no ato cuidador e nas relações com os grupos sociais. (OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014; TESSER; SOUSA, 2012)

Quanto à forma de organização dos serviços de saúde observa-se que as equipes de saúde contribuem para a permanência do modelo pautado em procedimentos e centrado no profissional de saúde. A organização dos serviços ofertados pela Saúde da Família tem se conformado em ações programáticas, pautadas nas diretrizes das políticas definidas no Ministério da Saúde, em detrimento das necessidades do território. Estas ações delimitam o objeto de intervenção no âmbito dos serviços, definidas distantes de critérios demográficos, socioeconômicos e culturais, o que promove o estabelecimento de recortes populacionais sobre os quais incidem as linhas focalizadas de intervenção.

Este modelo de organização do cuidado para Teixeira (2003) apresenta lacunas numa perspectiva macro-organizacional do sistema, uma vez que os programas em geral têm sido verticalizados e normativos, sem levar em conta o processo operativo e as características específicas das populações de seus territórios, das condições reais de vida, ficando, dessa forma, sem trabalhar a ideia de ações territoriais de prevenção, riscos e agravos.

No tocante à ESF é preciso pensar como possibilidade concreta de “porta de entrada” preferencial, operando com uma nova lógica do processo de cuidar, diante de um modelo que oriente as necessidades rotineiras e imprevisíveis, dando respostas adequadas às pessoas que demandam o primeiro contato e de uso continuado, porquanto, cumprem uma característica intrínseca a APS, que é o de abrir as perspectivas do primeiro acesso aos serviços e práticas em cada nova demanda e/ou necessidade do usuário. (SANTOS et al., 2012)

A realidade de municípios da Bahia (ASSIS et al., 2010) não foge do contexto brasileiro apresentado em algumas pesquisas (CONILL, 2008; SANTOS et al., 2012), pois revela um sistema de saúde com serviços de APS retratado em oferta restrita/incipiente na porta de entrada: a recepção é modulada com informes sobre o número de vagas, por ordem de chegada e por dias específicos para o atendimento a determinada linha temática, presença ou ausência do profissional, tipo de demanda e outros. O sistema de agendamento é diário para consultas médicas; o atendimento para a enfermagem pode ser em ato em relação à demanda por vacinação, nebulização e outros procedimentos e os agendamentos ocorrem para linhas de intervenção por grupos de risco (mulheres, crianças, adolescentes, entre outros). Para o atendimento à saúde bucal, a distribuição de vagas e marcação do atendimento se dá em turnos, com dias e datas previamente agendadas por territórios sociais.

Assim, é possível apontar que o sistema de saúde municipal configura-se como um sistema excludente, sem garantias para o atendimento. Esta constatação confirma pesquisas realizadas anterior-

mente em municípios da Bahia (SANTOS; ASSIS, 2010; LIMA; ASSIS, 2010) que identificaram o acesso do usuário ao sistema com base em demanda espontânea, sendo travadas disputas por vagas, de maneira injusta, configurando os serviços como excludentes, conflituosos e tensos. Nesse sentido, os aspectos subjetivos inerentes à clínica são pouco valorizados ou mesmo desconsiderados, estabelecendo uma escolha para as relações direcionadas à queixa, consultas e ações pautadas em procedimentos, gerando baixa resolubilidade, na medida em que os problemas de saúde são resolvidos de forma fragmentada e focalizada.

Dessa forma, não se conforma uma APS resolutiva, que responda às necessidades de saúde de uma dada comunidade, como um lugar implicado com as pessoas num território de acesso facilitado e próximo à vida cotidiana dos cidadãos. Nesse caso, para reverter tal situação, o planejamento/gestão em saúde teria que ser comprometido com uma atenção integral e com ações interdisciplinares e envolvimento de setores diversificados da sociedade. Ou seja, as intervenções em saúde precisam se articular com um processo histórico, que depende da capacidade de reivindicação e ampliação concreta das necessidades/direitos das pessoas, da dinâmica de ampliação da oferta da atenção por parte da equipe de saúde e do investimento de um dado governo no estímulo e viabilização de uma rede de cuidado à saúde.

Além disso, o acesso está interligado ao acolhimento, sendo, portanto, necessário considerar que os serviços de saúde, para serem utilizados em sua plenitude, exigem a observância da confiança dos usuários em relação à equipe, sem perder de vista a competência e responsabilização daqueles que produzem o cuidado.

O acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo da premissa que é preciso atender todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo o acesso na atenção primária e nos demais níveis de atenção para garantir a integralidade. Enfatiza-se, também, a necessidade de reorganizar o processo de cuidar, deslocando o eixo centrado no

profissional de saúde, para outro que valorize o trabalho em equipe, qualificando a relação trabalhador-usuário, por meio de dispositivos de solidariedade, cidadania e autocuidado. Nesse sentido, o acolhimento é uma possibilidade de mudança na produção do cuidado, que potencializa a atitude proativa do trabalhador, que passa a estabelecer com usuário um processo relacional, por meio da escuta e do envolvimento com o problema apresentado, de forma a assumir a corresponsabilização e procura pelo melhor cuidado.

Nessa direção, cada equipe de saúde é responsável por um conjunto de problemas muito bem delimitados e pelo planejamento, acompanhamento e avaliação de ações capazes de resolvê-los. Isto ocorreria por meio da vinculação de cada equipe a certo número de usuários previamente inscritos, pelo atendimento de certa parcela da demanda que espontaneamente procura a unidade, bem como pela responsabilidade em relação aos problemas coletivos.

Dessa forma, é necessário ampliar e reformar a atenção primária, para que ocorra, de fato, maior resolubilidade no SUS, com promoção da saúde, prevenção de riscos e cuidado com os processos de adoecimentos, bem como a reabilitação de pessoas com problemas crônicos, tendo como “imagem objetivo” a produção de um cuidado integral.

A APS, ao utilizar tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade para tentar resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância, deveria orientar-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integralidade e responsabilização, humanização, equidade e participação social.

Assim, o vínculo, enquanto dispositivo orientador de cuidados integrais, poderia ser usado para tentar orientar as relações sociais no interior das equipes, por meio do envolvimento entre os trabalhadores e as pessoas de determinados territórios sociais, bem como dos compromissos assumidos pelos dirigentes do SUS na busca pela pactuação entre os sujeitos na dinâmica organizativa da produção do cuidado.

Todavia, a mudança no processo de cuidar não é um ato isolado do trabalhador, visto que este precisaria de suporte consistente para de-

envolver suas ações criativas. Entretanto, considerando que o sistema de saúde é desenhado como hierarquizado, é preciso garantir de atendimento em todos os níveis de densidade tecnológica. Além disso, os trabalhadores teriam que estabelecer uma rede de compromissos com os usuários que demandam cotidianamente os serviços. Além disso, como alertam Schimith e Lima (2004), é necessário que o projeto de acolhimento e produção de vínculo seja de toda a equipe, a fim de que se concretize um trabalho humanizado, acolhedor e integral.

Para o estabelecimento de vínculo é preciso muito mais do que apenas conhecer as pessoas que moram próximo a unidade sob responsabilidade da equipe; é necessário criar condições de envolvimento e compromisso dos gestores, trabalhadores e usuários, na busca da organização das práticas do cuidado e, por conseguinte, do sistema de saúde.

Os argumentos apresentados reafirmam a necessidade de valorização dos aspectos subjetivos do processo de cuidado, qualificando e ressignificando a atenção à saúde. Pensar a atenção primária como ordenadora do cuidado envolve questões relacionadas à gestão, ao cuidado e a formulação de políticas. A produção de um cuidado integral requer ultrapassar o produtivismo exigido pelos órgãos burocráticos do SUS. Os números precisam ser interpretados e validados criticamente por todos aqueles envolvidos com o sistema. O aumento da oferta de serviços, a cobertura assistencial, a melhoria da infraestrutura, o aumento do financiamento são elementos valiosos e fundamentais, mas precisam vir acompanhados da reconstrução do modelo de atenção, da responsabilização da equipe, dos gestores e da sociedade organizada para possibilitar a abertura do novo e do criativo.

Enfim, o cenário da Bahia reflete o cenário nacional, com iniciativas exitosas, mas ainda circunscritas a poucas experiências. Estas são importantes e necessárias, mas são insuficientes para uma transformação radical na forma de conduzir os processos de mudança exigidos por um sistema público que se propõe solidário e inclusivo. É necessário continuar acreditando na utopia de um sistema universal e resolutivo.

## Referências

- ASSIS, M. M. A. *Poliarquia ou hierarquia nas redes de atenção à saúde? Inovação Gerencial*. Conferência proferida no I Seminário de Conhecimento, Inovação e Comunicação em Serviços de Saúde. Salvador-BA, 2013. (no prelo Edufba).
- ASSIS, M. M. A et al. *Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários*. Salvador: Edufba, 2010.
- ASSIS, M. M. A et al. Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a Estratégia Saúde da Família: construção política, metodológica e prática. *Revista APS, Juiz de Fora*, v. 10, n. 2, p. 189-199, jul./dez. 2007.
- BAHIA. Secretaria da Saúde. Superintendência e Monitoramento da Gestão Descentralizada da Saúde. *Agenda Estadual da Saúde mais saúde com qualidade: reduzindo desigualdades*. Salvador, 2004. Disponível em: <<http://www2.saude.ba.gov.br/arquivos/AgendaEstrategicaSaude.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2013.
- BAHIA. Secretaria da Saúde. Superintendência e Monitoramento da Gestão Descentralizada da Saúde. *Política de Estadual de Atenção Básica*. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado, 2013a.
- BAHIA. Secretaria da Saúde. Superintendência e Monitoramento da Gestão Descentralizada da Saúde. *Estado de saúde da população e funcionamento da rede de serviços do Estado da Bahia [2007 - 2013] - principais indicadores*. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado, 2013b.
- BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. *Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Legislação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Série E.
- BRASIL. *Decreto 7508, de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Portaria nº 399/GM. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS - e Aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, 22 fev. de 2006.
- BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. A política de atenção básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. *Trabalho, Educação, Saúde*, Rio de Janeiro, mar./jun. v.8, n.1, p. 27-53, 2010.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301–306, mar./abr. 2007.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e cogestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n. 5, p. 2337–2344, ago. 2010.

CONILL, E. M. Ensaio histórico–conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl.1, p. s7–s16, 2008.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, maio/jun. v. 14, n. 3, p. 783–794, 2009.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saude Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867–874, out./dez. 2011.

LIMA, W. C. M. B; ASSIS, M. M. A. Acesso restrito e focalizado ao Programa Saúde da Família em Alagoinhas–Bahia, Brasil: demanda organizada para grupos populacionais específicos x demanda espontânea. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 34, n. 3, p. 439–49, jul./set. 2010.

LOPES, L. M. A. *Política de gestão do trabalho da Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia (2009–2012): limites, avanços e possibilidades*. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2013.

MERHY, E. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. *Saude sociedade*. São Paulo, v. 21, n. 2, p. 267–279, abr./jun. 2012.

OLIVEIRA, S. R. G.; WENDHAUSEN, Á. L. P. (Re) significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. *Trabalho, educação, saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 129–147, jan./abr. 2014.

ROCHA, P. M. et. al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. S69–S78, 2008.



- SANTOS, A. M. *Gestão do Cuidado na Microrregião de Saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2013.
- SANTOS, A. M. et al. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2687–2702, out. 2012.
- SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. *Saúde bucal: da fragmentação à integralidade*. Feira de Santana (BA): UEFS, 2010.
- SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 3, p. 1671–1680, mar. 2011.
- SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. 1487–1494, nov./dez. 2004.
- SOLLA, J. J. S. P. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 30, n. 2, p. 332–348, jul./dez. 2006.
- TEIXEIRA, C.F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257–27, set./dez. 2003.
- TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. *Saúde Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 336–350, abr./jun. 2012.
- VASCONCELLOS, S. C. *A problemática do financiamento da Atenção Básica nos municípios no período do Pacto pela Saúde (2006–2010): o caso do Estado da Bahia*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

# Regionalização, integralidade e produção do cuidado no contexto da Estratégia Saúde da Família: pontos para o debate

---

*Aluisio Gomes da Silva Junior*

*Márcia Guimarães de Mello Alves*

*Manuela Gobbi Lopes da Costa*

*Ricardo Heber Pinto Lima*

O processo de descentralização desencadeado pelo advento da Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde de 1990 tinha como objetivo redefinir as responsabilidades entre os vários níveis de governo (Federal, Estadual e Municipal), transferindo poder decisório, gestão de prestadores e recursos financeiros para estados e, principalmente, aos municípios. Este processo se justificava como forma de promover a democratização, melhorar a eficiência e os mecanismos de *accountability* nas políticas públicas e contemplar a diversidade de interesses e necessidades na vastidão do território nacional. (LIMA; QUEIROZ, 2012)

As sucessivas Normas Operacionais Básicas (NOB) e Portarias, ao longo da década de 1990, esculpiram a estrutura operativa do Sistema Único de Saúde (SUS) na direção dos municípios. (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001) Entretanto, devido à desigualdade na distribuição geográfica de serviços de saúde, as variações populacionais e as disparidades político-institucionais entre os entes federativos, tal processo se mostrou insuficiente para diminuir tais diferenças e jogou luzes na interdependência dos vários níveis de governo para o enfrentamento dos problemas da população. Em 2001, a edição da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) (reformulada em 2002) retomou a diretriz da regionalização que, embora prevista desde a Constituição Federal (BRASIL, 1988) e na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), não foi desenvolvida de forma adequada.

A regionalização é um importante vetor de reorganização dos territórios, pressupondo vários partícipes (governos, organizações e cidadãos) que por meio de suas relações, condicionam o processo político no espaço geográfico, podendo instituir novos processos decisórios mais democráticos. (FLEURY; OUVERNEY, 2007) Pressupõe ainda, o desenvolvimento de estratégias e instrumentos para planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede regionalizada de serviços de saúde que possam compartilhar recursos numa perspectiva de complementaridade e sinergia, observando as especificidades e necessidades de cada componente territorial. (KUSCHNIR, CHORNY, 2010; MENDES, 2010)

A partir de 2006, institui-se o Pacto pela Saúde composto pelo Pacto de Gestão, Pacto pela Vida e Pacto em Defesa do SUS, que fortaleceu a concepção de regionalização, enfatizando a pactuação política entre as diferentes esferas de governo, resgatando os instrumentos de planejamento previstos na NOAS, introduzindo mecanismos de financiamento com transferências em grandes blocos segundo nível de atenção à saúde e definindo responsabilidades em todos os níveis e campos de atenção.

Visando dinamizar o processo de pactuação, monitoramento e avaliação dos compromissos pactuados (metas e indicadores) são

instituídos os Colegiados de Gestão Regional (CGR). Os CGR, renomeados como Comissões Intergestores Regional (CIR), foram reconhecidos como instâncias de decisão do SUS em nível regional pelo Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011), que regulamentou a Lei nº 8.080/90, ao dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. As Comissões Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito nacional, e Bipartite (CIB), na esfera estadual, também foram ratificadas.

As CIR, formadas por representantes da Secretaria Estadual e dos municípios das regiões de saúde delimitadas, se constituem como instâncias privilegiadas para a identificação de problemas, definição de prioridades e soluções para organização da rede assistencial, favorecendo a constituição de objetivos compartilhados e racionalização na provisão de recursos voltados para as necessidades regionais de saúde. Assim, foi reforçada a direcionalidade do processo de descentralização enfatizando a negociação, pactuação e atuação regional no âmbito do SUS. Um dos desafios colocados por esta direcionalidade é o da conformação e reorganização das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Nesse sentido, este capítulo tem como objetivo refletir sobre alguns aspectos que julgamos estratégicos para discussão das RAS, como o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) na continuidade do cuidado, a proposição de gestão da clínica e a governança destas redes. Buscamos problematizar estes aspectos com base na literatura disponível e a experiência acumulada por nossa equipe em debate com alguns grupos de pesquisa que vêm se debruçando sobre o tema da regionalização e a gestão do cuidado. Esperamos contribuir para o debate e jogar luzes sobre novos focos de investigação acadêmica.

Tomamos como eixo de reflexão o papel da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (contextualizada no debate internacional sobre APS) como vetor de mudanças no modelo de atenção brasileiro e as formulações de Mendes (2008, 2010, 2011), dada a importância deste autor no campo da Saúde Coletiva brasileira, por sua participação histórica na construção do SUS e a ampla difusão de suas proposições sob a

chancela da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). O autor parte da compreensão que a organização de redes de atenção à saúde sustenta-se na necessidade de responder as demandas complexas de saúde dos brasileiros que envolvem uma transição demográfica com envelhecimento acelerado da população; uma tripla carga de doenças manifestada em condições agudas, que carecem de respostas rápidas e reativas, condições crônicas e doenças transmissíveis de curso longo que, por sua vez, precisam de cuidados prolongados e contínuos, além de problemas relacionados à pobreza, ao estilo de vida e aos agravos decorrentes das causas externas, cujas necessárias intervenções são de caráter intersetoriais. (BRASIL, 2010; MENDES, 2010)

Discute, também, a fragmentação do sistema de prestação de serviços onde coexistem várias unidades ou estabelecimentos não integrados, o que dificulta a adequada normalização dos conteúdos, a qualidade e o custo da atenção, e que funcionam de maneira não coordenada, coerente ou sinérgica. Estes serviços tendem a atuar de forma isolada e, às vezes, competir uns com os outros em funcionalidade e alocação de recursos. Como características dos sistemas fragmentados, enumera-se a organização por componentes isolados e de forma hierárquica, orientados para a atenção de condições agudas e agudizações de condições crônicas, enfatizando ações curativas e reabilitadoras, voltados para indivíduos, de forma reativa às demandas; obrigando os usuários a buscarem, conforme suas capacidades, os recursos para a resolução de seus problemas.

Nesse sentido, a fragmentação conforma um sistema de múltiplas entradas, desarticuladas entre si, sem coordenação nos fluxos assistenciais, a atenção priorizada é profissional e baseada na figura do médico. A gestão é focada em aspectos da oferta que, por sua vez, é estimulada pelo sistema de pagamentos. Mendes (2008) propõe, seguindo tendência internacional, a construção de RAS fundamentadas em novas bases, no sentido de que

[...] são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única,

por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada –, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população. (MENDES, 2008, p. 6)

Assim, Mendes (2008) aponta como elementos constitutivos destas redes, a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção. Defende que a população é o elemento central à rede, portanto, suas necessidades sociais e de saúde devem ser compreendidas pelas equipes que atuam na APS na forma de responsabilização sobre territórios-processo. Por sua vez, a estrutura operacional, é representada por cinco componentes: 1) Atenção Primária à Saúde (o centro de comunicação); 2) outros níveis de densidade tecnológica (secundário e terciário) em articulação com a APS, ordenados por Redes Temáticas; 3) os sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, de informação e de assistência farmacêutica); 4) os sistemas logísticos (de transporte, de regulação do acesso na atenção; cadastro de usuários e prontuário eletrônico); e 5) sistema de governança. E finalmente, o modelo de atenção, o terceiro elemento constitutivo, no qual problematiza o modelo voltado para condições agudas e sua inadequação para lidar com as crescentes condições crônicas.

Baseado num modelo de atenção às condições crônicas desenvolvido nos Estados Unidos, propõe-se um modelo para o SUS articulado com o modelo de Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead, delineado em cinco níveis de intervenções, a saber: o primeiro nível com ações de promoção à saúde atuando sobre determinantes distais e intermediários da saúde; no segundo nível destaca intervenções de prevenção sobre subpopulações sujeitas aos riscos referentes ao comportamento e estilo de vida; e nos demais níveis (terceiro, quarto e quinto) prevê as intervenções sobre subpopulações com condições de saúde estabelecidas e estratificadas por risco introduzindo o que conceituou como gestão da clínica. (MENDES, 2011)

Embora reconhecendo o valor e a riquezas das proposições no debate do SUS e concordando com vários aspectos levantados pelo autor, gostaríamos de problematizar alguns aspectos, observando algumas experiências nacionais de construção de Redes de Atenção à Saúde e nossa própria reflexão e vivência no campo em diálogo com outros grupos que estudam o processo de construção de RAS na perspectiva da regionalização.

Não pretendemos esgotar o debate e vamos nos concentrar em três aspectos: o papel coordenador da APS na continuidade do cuidado, a proposição de gestão da clínica, e a governança destas redes. Partimos do pressuposto papel assumido pela APS de ordenador/coordenador da continuidade do cuidado. Este papel é estabelecido em sistemas consolidados como no Reino Unido e obtidos de forma coercitiva na organização da assistência de algumas operadoras de seguro de saúde dos Estados Unidos por meio da função *gatekeeper* atribuída à APS, ou seja, porta de entrada obrigatória no acesso aos demais níveis de densidade tecnológica.

No Brasil, esta função encontra dificuldades de ser estabelecida por várias razões, destacamos: não há cobertura suficiente da Estratégia Saúde da Família; os serviços especializados, de pronto-atendimento e hospitalares, atuam em paralelo à APS, ou simplesmente, articulam-se competitivamente à rede, muitas vezes, são resistentes aos mecanismos de regulação e o subsistema privado, também, interfere neste papel, como demonstraram alguns autores. (CAMPOS, 2008; FARIAS et al., 2011; PIRES et al., 2010; SERRA; RODRIGUES, 2010; VENÂNCIO et al., 2011; VIANA et al., 2008)

Os profissionais médicos que atuam na ESF, em grande parte, são oriundos de formações especializadas, “adaptados” às novas atribuições. Por outro lado, aqueles com formação generalista ou em Medicina de Família ainda não desfrutam do mesmo nível de reconhecimento profissional que os especialistas, produzindo deslegitimação de um possível papel coordenador da atenção. (CAMPOS et al., 2008; MENDES, 2002; SISSON et al., 2011)

De um modo geral, há uma distribuição inadequada dos profissionais, notadamente de médicos em municípios de pequeno porte no interior do país, o que compromete à expansão das equipes de APS e a oferta de algumas especialidades nas cidades de referência. (MEDEIROS et al., 2010; CONSELHO FEDERAL DE MÉDICINA; CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013) Os especialistas se concentram nos grandes centros urbanos, o que dificulta o cuidado continuado na rede e obstaculiza as tentativas de coordenação e integração. (LOPES, 2010; FARIAS et al., 2011; PIRES et al., 2010) Some-se a estas questões, a precariedade dos vínculos trabalhistas que produz intensa rotatividade de médico e enfermeiros na ESF e comprometem o estabelecimento de vínculo com os usuários. (MEDEIROS et al., 2010; SOUZA, 2011)

Temos uma visão otimista quanto a possibilidade de reversão desta situação quando observamos as experiências de Belo Horizonte, Aracaju, Florianópolis e Vitória analisadas quanto às estratégias de coordenação entre a APS e a atenção especializada. (ALMEIDA et al., 2010; DIAS, 2012; GIOVANELLA et al., 2009)

Nessa perspectiva, Santos (2013), ao se debruçar sobre estes estudos, indicou táticas que favorecem o papel de coordenação: 1) a expansão da ESF induzindo e potencializando à organização e integração da rede; 2) a implantação de centros de especialidades médicas que melhorou a oferta de consultas e exames, além de reduzir os tempos de espera; 3) a adoção do Sistema Nacional de Regulação (SISREG), disponibilizado pelo Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulador, que possibilitou conhecer o tamanho real das filas de espera, monitorá-las, planejar a oferta de atenção especializada em função da demanda, definir prioridades clínicas, monitorar o índice de abstenção a consultas e exames e garantiu maior imparcialidade no controle das agendas; 4) a implementação de comissão de regulação local e distrital, ou seja, incorporação da regulação à rotina dos profissionais da saúde da família; 5) a informatização dos prontuários eletrônicos que favoreceu a comunicação entre níveis



assistenciais, permitiu o acesso rápido às informações e uma visão integral do usuário, melhorando assim a continuidade do cuidado; 6) o desenvolvimento e aplicação de protocolos gerenciais e clínicos, orientando o fluxo de encaminhamentos à atenção especializada; 7) iniciativas recentes de comunicação e apoio matricial entre profissionais da ESF e atenção especializada; e 8) contratação de serviços da rede privada, de forma complementar, para suprir deficiências na oferta da rede especializada.

Estas táticas são possíveis em cidades de médio e grande porte onde a concentração de recursos assistenciais sob mesma gestão facilita a governabilidade. A maioria dos municípios brasileiros (cerca de 90%) tem menos de 50.000 habitantes e sua rede de serviços resume-se, muitas vezes, à APS. (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008) A coordenação do cuidado na rede a partir da APS (quando existe) limita-se ao município, tendo que submeter a demanda por cuidados “especializados” que não existam no próprio município, às regras pactuadas entre os gestores municipais e estaduais que, às vezes, são dificultadas por problemas na regulação dos fluxos entre os serviços. (MAGALHÃES JUNIOR; OLIVEIRA, 2006)

Alguns municípios pequenos, como Pirai, no Rio de Janeiro, adotaram as centrais locais de regulação como estratégias de coordenação do cuidado intermediando a atenção primária com a especializada com considerável nível de responsabilização. (MAIA, 2011) Facilitou esta iniciativa, os processos de cogestão entre município e entes filantrópicos proprietários de hospitais locais que detivessem estruturas para o atendimento especializado mais frequente. O centro especializado (hospital ou outro) é colocado como apoiador em resolubilidade da APS, alinhado à gestão que prioriza esta estratégia. Os investimentos em equipamentos e tecnologias são decididos em função das necessidades da população e são submetidos ao controle social. Estes modelos de cogestão diferem daqueles acordos e contratos que somente “compram” serviços suplementares ao setor privado que, por sua vez, investe em capacidades tecnológicas mais interes-

santes do ponto de vista da lucratividade e do mercado. Assim, a capacidade resolutive extrapolada no município, também, é acompanhada pela central de regulação, garantindo referência e contrarreferência em recursos fora do município.

A adoção de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) por alguns municípios como forma de aportar atenção especializada multiprofissional tem potência na medida em que se articula na APS em regime de apoio matricial. As experiências recentes no Estado do Rio de Janeiro, em 57% dos projetos, não se tem muita clareza na natureza do apoio matricial, posto que parece ir na direção de reprodução de ambulatórios de especialidades com atendimento direto, descaracterizando a proposta original. As experiências que parecem mais promissoras se dão no âmbito da Saúde Mental onde o esforço de articulação com a ESF potencializa sua resolubilidade. (PATROCÍNIO, 2012)

Essas observações sugerem a importância de estratégias intermediárias e/ou alternativas para o papel de coordenação do cuidado até que a APS se fortaleça neste sentido. Cecílio (1997); Silva Junior e outros (2005) e Mattos (2009), discutindo redes de cuidado e a integralidade como eixo de sua estruturação e baseados nos itinerários do usuário na busca por cuidado, já manifestavam a preocupação de acolher suas demandas, seja em que porta de entrada for de primeira escolha, e a necessidade de negociações e pactuações no âmbito da gestão e do cuidado, para garantir os fluxos efetivos dos usuários na busca de recursos para solução de seus problemas nos diversos níveis de atenção. Apontaram “redes em círculos” ou em “malhas de cuidados progressivos e ininterruptos”, com múltiplas possibilidades de entrada, mas com garantia de encaminhamento para o ponto da rede mais adequado àquelas necessidades. O vínculo, a responsabilização e o papel coordenador do cuidado poderiam ser exercidos de forma provisória (temporária) em qualquer nível de atenção e a coordenação dos fluxos seria importante no âmbito da gestão.

Outro ponto que gostaríamos de comentar é sobre o que Mendes chamou de gestão clínica e seu potencial enquanto ferramentas

na atenção às condições crônicas. Mendes (2011) propõe a adoção de tecnologias de microgestão da clínica como a gestão da utilização de procedimentos, perfilização clínica, gestão da patologia, gestão de casos, lista de espera e procedimentos expectantes, protocolos clínicos e sistema integrado de informação. A concepção e uso destas ferramentas no âmbito da Atenção Gerenciada norte-americana (*Managed Care*) mostraram a capacidade de impacto na qualidade da atenção à saúde, em especial nas situações crônicas, assim como redução de custos assistenciais. (KAISER PERMANENTE, 2006; PORTER; KELLOGG, 2008) A Atenção Gerenciada (AG), a partir dos anos 1980, foi o projeto do capital financeiro para reformar a saúde, investindo, também, em novas formas de trabalhar a gestão, por meio da otimização da relação “custo *versus* qualidade”. (UGÁ et al., 2002; IRIART, 2000)

Estas novas tecnologias que se apresentam constituem o que Merhy (2002) denominou, inspirado em Pires (1998), de reestruturação produtiva na saúde. Essa reestruturação demonstrou-se como algo que incorpora, também, a dimensão relacional do trabalho, seja em processos individuais ou coletivos. Por outro lado, o autor alerta, que a reestruturação produtiva não significa obrigatoriamente uma inversão das usuais tecnologias utilizadas no processo produtivo da saúde. Ela gera mudanças, mas não necessariamente produz uma ruptura com o modelo médico hegemônico, ou seja, o processo de trabalho pode, ainda, continuar centrado na lógica instrumental. (MERHY, FRANCO, 2008)

Mehry (2002) constatou que algumas dessas práticas podem ser aproveitadas não para o aprisionamento do trabalho médico e maior controle deste, como preconizado pela Atenção Gerenciada, mas para a implementação de novas formas de operar, centradas nas tecnologias leves do trabalho em saúde. Entretanto, quando essas práticas ocorrem desarticuladas de práticas de humanização e investimentos em mudanças nos padrões relacionais entre profissionais de saúde e usuários, ou dos profissionais entre si, não provocam mudanças na

qualidade do atendimento às necessidades dos usuários. Prevalendo as relações hierárquicas, o foco nas doenças, a fragmentação do cuidado e a incapacidade de lidar com o sofrimento humano, este último respondendo por grande parte da procura pelos serviços de saúde. (SILVA JUNIOR, 2008)

No Brasil, estas ferramentas foram inicialmente adotadas por algumas operadoras de planos de saúde do setor suplementar que focaram suas ações na redução de custos, não necessariamente melhorando a qualidade da atenção. (SILVA JÚNIOR, 2008) Em estudos que buscaram aprofundar a observação das linhas de cuidado oferecidas por operadoras e prestadores no estado do Rio de Janeiro, verificou-se que mesmo nos casos onde as referências de literaturas médicas tradicionais apontavam como estratégias prioritárias as ações de promoção e prevenção, como no caso das neoplasias, tais ações não eram postas em prática. (PINHEIRO; SILVA JUNIOR; MATTOS, 2007)

Em outro estudo, Ribeiro e outros (2011) apontam problemas semelhantes no Estado do Rio de Janeiro, Espírito Santo e na Bahia e questionam o papel dos chamados Programas de Promoção à Saúde como dispositivos disciplinadores de grupos populacionais no sentido de responsabilizar os usuários por seus problemas e diminuir-lhes a autonomia para tocarem suas próprias vidas.

Acreditamos, também, que estas ferramentas, usadas criticamente, possam agregar valor ao que chamamos de gestão do cuidado, no sentido utilizado por Cecílio (2011) – como a oferta das tecnologias de saúde de acordo com as necessidades de cada indivíduo, em cada momento de sua vida, visando o seu bem-estar, sua segurança e sua autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz. Mas não podemos perder de vista um movimento que podemos chamar de “gerencialismo na saúde” que cresce embalado em pressões da mídia impressa e televisiva denunciando a má gestão do setor e propondo a adoção de “choques de gestão”.

Alguns gestores públicos, de forma acrítica, incorporam consultores e tecnologias para melhorar a gestão, ignorando as particulari-

dades setoriais, imprimindo lógicas empresariais de desempenho em detrimento de ações que aumentem a capacidade de escuta e diálogo das equipes de saúde, seja na atuação junto à população como no âmbito da gestão numa perspectiva ético-política de defesa da vida. O espaço micropolítico do processo de trabalho em saúde com seus encontros intersubjetivos não é priorizado e as mudanças realmente necessárias para outro patamar de atenção à saúde das populações são novamente adiadas em nome de reformas de fachada e “produtividade assistencial”. Assim, cabe maior discussão da incorporação destas tecnologias na gestão do cuidado.

Por fim, gostaríamos de fazer alguns comentários sobre a governança das redes de atenção à saúde, principalmente naquelas que envolvem vários municípios díspares em recursos e vários entes como o poder estadual, o federal e o privado. Para tanto, entendemos que governança diz respeito aos processos de ação coletiva que englobam a interação entre os atores envolvidos, a dinâmica dos processos, as regras (formais e informais) que são definidas no comportamento e na tomada de decisão de diferentes instituições. (HUFTY; BÁSCOLO; BAZZANI, 2006)

Desde o final da década de 1980, o conceito de governança integra as propostas do Banco Mundial se destinando inicialmente a identificar os locais de poder real. Posteriormente, adquire uma conotação mais normativa, se referindo essencialmente ao desenvolvimento de países, definindo uma lista de critérios considerados como uma “boa governança”. Alguns autores defendem que para entender governança é preciso aplicá-la como categoria analítica contrastando com seu conceito normativo, pois governança se constitui em um processo em si mesmo, permitindo ser analisado a partir de uma abordagem não regulamentar e não prescritiva. No uso normativo está atribuído um sentido de valor, separando o que é “bom” do que é “ruim”. Diferentemente, o uso analítico, possibilita descrever e explicar as interações entre os atores envolvidos, as normas, as regras

e os processos decisórios que permitem compreender a tomada de decisão numa determinada sociedade.

Báscolo (2010), por exemplo, propõe a governança como uma ferramenta analítica muito útil no estudo dos processos políticos e institucionais, em meio da implementação das políticas de APS, observando sua capacidade de produzir sistemas de atenção à saúde. Por meio da governança se pretende explicar os fenômenos de mudança e a eficácia dos diversos modos de governança utilizados em políticas promotoras de sistemas integrados que possuem a APS como ordenadora do cuidado. Nesse sentido, o autor define governança como os diversos modos em que o nível de poder e autoridade são exercidos, relacionando sistemas formais e informais, públicos e privados que regulamentam as políticas de saúde. Para o autor, os mecanismos de regulação são característicos dos sistemas de governança. Estes não são criados para serem ideais, mas sim moldados pelos interesses e valores dos atores que possuem maior poder de influência no grupo. Sendo assim, cada sistema de governança é diferenciado pelos mecanismos regulatórios utilizados e é por este motivo que se torna fundamental analisar a influência dos atores estratégicos na determinação da regulação dos processos de políticas sociais. (BÁSCOLO, 2010) Para o autor, o poder é um elemento central para analisar os mecanismos de regulação e sua influência sobre o comportamento dos atores e da organização dos processos de trabalho. As mudanças ocorridas nos sistemas de governança e seus mecanismos de regulação são influenciados pela dinâmica dos processos sociais e pela importância dos atores envolvidos nas diferentes instituições. A produção de regras e normas formais e informais será influenciada pelas relações sociais efetuadas nos diferentes espaços.

Existem diversas formas de governança que estão sujeitas a diferentes maneiras de análise e interpretação. Hufty, Báscolo e Bazzani (2006) propõem o estudo da governança a partir da associação de elementos constitutivos observáveis, dos atores, das normas e regras,

dos espaços de negociação (físicos e virtuais) e processos, bem como a caracterização dessas interações e suas consequências.

Se pensarmos nas dimensões propostas por aqueles autores, podemos levantar algumas questões. Primeiramente, no que diz respeito aos atores, ou seja, os indivíduos, a organização ou grupo com recursos ou poder suficiente que visa buscar o funcionamento das regras e procedimentos na tomada de decisão, pretendendo solucionar e minimizar os conflitos do coletivo. Como minimizar estes conflitos se existe entre os atores, interesses, perfis e níveis autonomia muito diversos?

Santos (2013), em estudo realizado na região de saúde de Vitória da Conquista, Bahia, aponta o desafio em estabelecer um consenso entre representantes municipais que possuem autonomia (política e técnica) tão diferentes e dotados de interesses particulares, tendo como objetivo a produção de políticas de saúde voltadas para o interesse da região. Como equilibrar este poder de forma horizontal objetivando o funcionamento das regras, se notamos que gestores mais qualificados, detentores de maior habilidade técnica e política possuem maior governabilidade e maior influência na tomada de decisão? Santos (2013), por sua vez, argumenta que a falta de formação dos Secretários Municipais de Saúde na gestão acaba cedendo espaços para os gestores com formação na área de saúde ou para os que estão exercendo a função por longo tempo, com maior experiência na função. Desta forma, dicotomiza-se a gestão entre a visão parcial técnica e a competência político-burocrática construída na experiência. Concentra-se, assim, o poder naqueles que conhecem “as entranhas” da burocracia do Estado, não necessariamente naqueles que propõem inovações e avanços no enfrentamento dos problemas da população.

A segunda dimensão que permite nossa reflexão está na construção de normas constitucionais. Os acordos entre os atores necessitam de certa institucionalidade, formado por regras (formais e informais), como decisões e/ou comportamento de seus atores

envolvidos. As regras assumem um duplo papel na análise da governança: o de guiar o comportamento dos atores e a de elaborar novas regras que surgem por meio de ação coletiva.

Como institucionalizar regras e normas se as relações de poder são tão desiguais, com realidades municipais também diferentes? Observemos o exemplo do Estado do Rio de Janeiro onde a maioria dos municípios se encontra em situação de grande dependência dos municípios maiores, uma vez que estes são os ofertantes dos serviços de média e alta densidade tecnológica. Os municípios menores possuem dificuldades de acesso a estas referências, configurando deficiência na constituição das redes de atenção à saúde. Deste modo, observamos que os municípios maiores de cada região e a Secretaria de Estado da Saúde, que conseqüentemente possuem a maioria da capacidade instalada dos serviços de média e alta densidade tecnológica, acabam definindo as regras do jogo de acordo com seus interesses e, também, com suas possibilidades, pois nem sempre o recurso financeiro disponibilizado para atender a região é suficiente. Algumas exceções são observadas nesta dinâmica, pois existem municípios de menor porte com serviços mais bem organizados, com capacidade para atender os municípios maiores da região. Como exemplo, o já citado anteriormente município de Piraí, de pequeno porte, localizado na região do Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro, que possui melhor estruturação dos serviços da sua rede e considerável força política, compartilhando historicamente as decisões com outros municípios de maior porte da região, criando inclusive estruturas consorciadas para aumentar sua capacidade resolutiva em saúde.

Medeiros (2013), ao estudar regionais de saúde do Rio Grande do Sul, aponta que o município se vê numa relação de dependência de recursos da SES e dos serviços de referência regional que são os possuidores de recursos elevados, e conseqüentemente os dominadores desse processo. Este domínio proporciona a centralização de poder.



Na governança em rede, estariam previstos objetivos comuns e construção de percepções, estratégias e valores compartilhados. A ação conjunta de diversos atores em torno de um projeto consistente de organização da provisão de serviços de saúde, com preponderância decisória dos municípios, favorece o êxito da regionalização (FLEURY, OUVÉNEY, 2007). Ao contrário do que prevê na governança em rede, observamos a centralidade do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro no estabelecimento de regras e domínio de recursos, gerando relação de coerção e não de cooperação. Muitas vezes, as regras impostas não possuem relação com as especificidades de cada região e município.

Roese e Gerhardt (2008), estudando o fluxo de usuários em busca de atenção de média densidade tecnológica numa região do Rio Grande do Sul, observaram o sério descompasso entre o planejamento regional e as demandas e fluxos dos usuários e apontam a visão centralizadora do Estado como dificuldade na implementação de redes de atenção naquela região. Roese (2012) aprofunda esta discussão e propõe a observação de itinerários e fluxos de deslocamento dos usuários na definição das regiões.

Por outro lado, Santos (2013), observando a Comissão Intergestores Regional de Vitória da Conquista-BA, revela que os avanços em relação ao fortalecimento da rede regional são limitados, pois o papel da CIR limitava-se às discussões pontuais e reativas. As pautas das reuniões são induzidas, na maioria das vezes, por políticas estaduais e ministeriais, sem o interesse dos gestores de discutirem assuntos de interesse regional, mas sim colaborando nas discussões que dizem respeito ao seu próprio município. (SANTOS, 2013) Algumas vezes, segundo o autor, em determinados assuntos que dependem de um processo decisório, o político sobressai em relação ao técnico e até mesmo ao consenso da maioria, ou seja, discutem-se e pactuam-se ações de saúde em reuniões e, por interesses de poucos, alteram definições que estavam pautadas para o interesse coletivo, em consonância com interesses político-partidários. Em estudo realizado com

gestores e gerentes da Região de Saúde de Vitória da Conquista, foi constatada a baixa autonomia destes atores na tomada de decisão. Segundo resultado do estudo,

[...] a baixa autonomia dos gestores da saúde em relação ao executivo municipal, também representou uma barreira para o funcionamento das decisões colegiadas, que, somadas às assimetrias de poder técnico e político, atrelavam as deliberações ao critério político-partidário acima do técnico. (SANTOS, 2013, p. 274)

Outro aspecto importante diz respeito às relações público-privada, onde nos deparamos com os prestadores privados ditando as regras do jogo. Segundo Santos (2013), a insuficiência da oferta pública de vagas e as longas filas de espera para serviços especializados no SUS, faz com que o usuário busque alternativas, como o desembolso direto, a efetuação de seguro privado ou privilégios através de “padrinhos” a fim de conseguir acesso aos serviços de saúde. Medeiros (2013), também, aponta a interferência do setor privado na oferta e privilegiamento de camadas mais favorecidas pelo poder de pagamento na atenção.

A terceira dimensão de análise proposta por Huffy, Báscolo e Bazzani (2006) se refere aos pontos nodais que os autores definem como as “interfaces sociais”. São os espaços físicos ou virtuais (conselhos, mesas de negociação, espaços de pactuação, a comunidade de advogados etc.) onde se dão os processos decisórios.

Como estabelecer uma governança regional fortalecida se existe pouca participação do controle social na definição das propostas de cunho regional, tendo a participação da sociedade civil restringida às reuniões de conselhos municipais? Para Santos (2013), a região de saúde carece de uma representação regional do controle social. A institucionalização dos Conselhos Municipais de Saúde como política de descentralização e estratégia de fortalecimento dos municípios enfraqueceu o papel do controle social nos processos políticos regionais. Não foi previsto um conselho de saúde que represente os

interesses regionais, ficando os conselhos municipais voltados prioritariamente para os interesses de seus municípios de forma isolada e solitária.

Como aproveitar melhor os espaços de governança se as discussões muitas vezes se apresentam empobrecidas, sem aprofundamento das questões mais complexas? Os mecanismos de cooperação identificados são determinados pela interdependência de recursos. A relação de cooperação se limita a prestação pontual de serviços.

Segundo Medeiros (2013) em estudo realizado em dois municípios pertencentes a 16<sup>a</sup> Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Rio Grande do Sul, foi observado que os municípios colocam o CRS numa posição intermediária entre a SES e entre eles próprios, e que por diversas vezes se encontram, também, numa posição de passividade e com falta de autonomia nos processos decisórios. A CRS se coloca como encaminhadora e burocratizada, uma vez que deveria ser responsável pela articulação e mediação no processo de negociação e planejamento das ações em saúde.

Santos (2013) observou, entretanto, que a CIR ainda assim é um espaço potencialmente democrático para a definição de políticas de saúde baseadas na cooperação e compartilhamento de responsabilidades na gestão. A CIR é um espaço que possibilita a negociação, pois mesmo que alguns secretários não concordem em publicizar determinadas ações, são obrigados a negociarem entre os pares, considerando que muitos projetos exigem a pactuação e aprovação neste colegiado.

A quarta e última dimensão de análise proposta diz respeito aos processos, no que concernem às mudanças que um sistema passa, considerando a história e o processo de evolução do sistema de governança. A análise dos processos de mudança procura identificar padrões de evolução dos pontos nodais, a trama de interações entre atores e sua relação com as mudanças nas regras. Nesta dimensão da análise é possível identificar os pontos de dificuldade e facilitadores,

concedendo analisar e interferir na busca de melhorias dos processos decisórios das políticas de saúde.

Por exemplo, citamos os gestores que perseguem metas e/ou concentração de serviços para seu município em detrimento da equidade e dos pactos intermunicipais observados por Venâncio e outros (2011) e Lopes (2010). Também na direção do enfraquecimento das relações, observamos o rateio de parcas vagas, por especialidades, para as Unidades de Saúde da Família (sem levantamento de demandas), contribuindo para a formação de filas virtuais e longos períodos de espera para exames e procedimentos observados por Sisson e outros (2011) e Conill e outros (2011).

Enfim, diversos fatores estão inseridos nessa dinâmica de tomada de decisão, pactuação e definição de regras no sistema de governança. Para analisá-lo é necessário levar em conta toda a dinâmica de funcionamento que perpassa as relações encontradas entre os atores envolvidos nesse jogo. Relações de poder, interesses econômicos e questões sociopolíticas são intrínsecas neste contexto e reinventam o sistema a todo momento.

Para concluir, é possível constatar que ocorrem avanços no processo de regionalização e na construção de Redes Regionais de Atenção à Saúde, todavia ainda existem muitos obstáculos a superar e precisamos realizar novos estudos e experiências que apontem possibilidades de solução. Ao colocarmos foco na continuidade do cuidado, na proposição de gestão do cuidado e a governança das redes de atenção à saúde, que consideramos temas estratégicos, esperamos estimular novas concepções na atenção à saúde, experiências e debates sobre aspectos que envolvam não somente a APS, mas toda a gestão da saúde.

## Referências

ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 26, p. 286–98, 2010.

BÁSCOLO, E. Governança de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud: Governance of primary health-care-based health-care organization. *Revista Salud Pública*, n. 12, p. 8-27, 2010. Suplemento.

BRASIL. (Constituição 1988) *Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 3 mar. 2015.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 7 mar. 2015.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 5 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010.

CAMPOS, G. W. S. et al. Reflexões sobre atenção básica e estratégias de saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde Ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 132-153.

CAMPOS, G. W. S. Suficiências e insuficiências da política para atenção básica no Brasil: debate. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 24, p. S17-19, 2008. Supl. 1.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teóricos-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, v. 15, n. 37, p. 589-599, abr/jun. 2011.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, p. 469-78, 1997.

CONSELHO FEDERAL DE MÉDICINA; CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Demografia Médica no Brasil: cenários e indicadores de distribuição*. São Paulo, 2013. v. 2.

CONILL, E. M. et al. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do sistema nacional de saúde espanhol. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 16, p. 2783-2794, 2011.

DIAS, M. P. *Estratégias de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte*. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

FARIAS, S. F. et al. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 16, p. 1043–53, 2011.

FLEURY, S; OUVENEY, A. M. *Gestão de redes: a estratégia da regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: FVG, 2007.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 14, p. 783–94, 2009.

HUFTY, M.; BÁSCOLO, E.; BAZZANI, R. Gobernanza em Salud: um aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 22, p. 35–45, 2006. Suplemento.

IRIART, A. C. *Atenção gerenciada: instituinte a reforma neoliberal*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

KAISER PERMANENTE. Apresentação feita por M. P. Porter à ANS no Seminário Nacional de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. Rio de Janeiro: ANS, 2006.

KUSCHNIR R; CHORNY AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, n.15, p. 2307–2316, 2010.

LEVCOVITZ, E; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, p. 269–291, 2001.

LIMA, L. D.; QUEIROZ, L. F. N. O Processo de Descentralização e regionalização do SUS no Contexto do Pacto pela Saúde. In: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. (Org.). *Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 229–251.

LOPES, C. M. N. *Regionalização em saúde: o caso de uma microrregião no Ceará. 1998–2002; 2007–2009*. Tese (Doutorado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

MAGALHÃES Jr., H. M. M; OLIVEIRA, R. D. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em belo horizonte. In: PINHEIRO, R;

- FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (Org.). *Gestão em redes: tecendo os desafios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Educs, 2006. p. 51–64.
- MAIA, M. R. V. *Caminhos da integralidade: Dispositivos para assegurar e monitorar a acessibilidade no SUS em Piraí-RJ*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2011.
- MATTOS, R. A. Repensando a organização da rede de serviços a partir do princípio da integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. 2. ed. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/ Uerj-Abrasco, 2009. p. 370–83.
- MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.15, p. 1521–1531, 2010. Suppl.1.
- MEDEIROS, C. R. G. *Redes de atenção à saúde: o dilema dos pequenos municípios*. 2013. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
- MEHRY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Reestruturação produtiva em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. F. C. (Org.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 348–356.
- MENDES, E. V. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: ESPCE, 2002.
- MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 15, p. 2297–305, 2010.
- MENDES, E. V. Redes de atenção à saúde. *Revista Med. Minas Gerais*, n. 18, Supl. 4:53–11. 2008.
- NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O sistema único de saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes, 2008.
- PATROCÍNIO, S. S. M. *Núcleos de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e a implementação em municípios do Rio de Janeiro*. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca– ENSP–FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2012.

PINHEIRO; SILVA JUNIOR, A. G. S.; MATTOS, R. A. (Org.). *Integralidade e Saúde Suplementar: formação e práticas avaliativas*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007.

PIRES, D. *Reestruturação produtiva e trabalho em Saúde no Brasil*. São Paulo: Annablume, 1998.

PIRES, M. R. G. et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 15, p.1009-1019, 2010.

PORTER, M; KELLOGG, M. Kaiser Permanente: An integrated health care experience. *RISAI*, v. 1 n.1, p.1-8, 2008.

RIBEIRO, C. D. M. et al. (Org.). *Saúde Suplementar, Biopolítica e Promoção da Saúde*. São Paulo: Hucitec Editora, 2011.

ROESE, A.; GERHARDT, T. E. Fluxos e utilização de serviços de saúde: mobilidade dos usuários de média complexidade. *Revista Gaúcha Enfermagem*, jun. v. 29, n. 2, p. 221-229, 2008,

ROESE, A. *Planejamento regional ascendente e regionalização: atores e estratégias da organização dos fluxos de utilização dos serviços de saúde*. 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

SANTOS, A. M. *Gestão do Cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária*. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP, Rio de Janeiro, 2013.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. A. Avaliação da referencia e contra-referencias no programa saúde da família na região metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 1, p. 3579-3586, 2010.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde; trabalho em equipe; participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC-UERJ, 2005. p. 77-89.

SILVA JUNIOR, A. G. Promoção da Saúde e mudanças nas práticas da Saúde Suplementar. In: BRASIL-ANS. *Panorama das Ações de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças na Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2008. p. 71-76.

SISSON, M. C. et al. Estratégia de saúde da família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. *Saúde Sociedade*, n. 16, p. 991-1004, 2011.



SOUZA, M. K. B. *A gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito municipal*. 2011. 270f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2011.

UGÁ, M. A. D. et al. A regulação da atenção à saúde nos EUA. In: TEIXEIRA, A. (Org.). *Regulação e Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da atenção médica suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

VENÂNCIO, S. I. et al. Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no estado de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 16, p. 3951–64, 2011.

VIANA, A. L. D. et al. Novas perspectivas para regionalização da saúde. *São Paulo em perspectiva*, São Paulo, Fundação Seade, 22, p. 92–106, 2008.

# A coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: contribuições para a análise

---

*Ítalo Ricardo Santos Aleluia  
Erika Rodrigues de Almeida  
Maria Guadalupe Medina*

## Introdução

Apesar de existirem inúmeros estudos na literatura internacional sobre coordenação dos cuidados, pode-se afirmar que ainda persistem dificuldades na definição do seu significado. Vários termos e modelos têm sido utilizados como sinônimos ou em conjunto. Dentre estes, estão frequentemente associados: coordenação, colaboração, trabalho em equipe, continuidade do cuidado, gestão da doença, gestão de casos, gestão do cuidado e o chamado modelo de atenção às condições

crônicas. É difícil interpretar a relação entre estes conceitos e chegar a um denominador comum sobre o que seria, de fato, a coordenação do cuidado. (BROWN et al., 2004; MCDONALD et al., 2007)

Coordenar o cuidado envolve a gerência de serviços para criar um sistema abrangente, que viabilize uma experiência contínua do usuário pelo sistema de saúde; a coordenação dos prestadores para incentivar o trabalho em equipe e o conhecimento compartilhado; e a coordenação de serviços para viabilizar a criação de uma rede integrada. (EHRLICH; KENDALL; MUENCHBERGER, 2012)

Para outros autores, a coordenação do cuidado pode ser considerada como um conjunto de práticas, que visam conectar ações e serviços de saúde, entre diferentes fontes, por meio de mecanismos específicos, de modo que a atenção seja sincronizada e alcance um objetivo comum, com menores possibilidades de produção de conflitos. (FEÓ; CAMPO; CAMACHO, 2006; GITTELL, 2000; NÚÑEZ; LORENZO; NAVERRETE, 2006)

Em um estudo de revisão sistemática sobre coordenação do cuidado, sua definição se aproxima de uma organização deliberada da atenção à saúde, entre diferentes profissionais envolvidos no tratamento de uma condição, a fim de facilitar a adequada prestação do cuidado. A organização da atenção envolve a triagem de pessoal e recursos necessários, o gerenciamento e a troca de informações entre os profissionais responsáveis por aspectos distintos do tratamento. (MCDONALD et al., 2007)

Coordenar cuidados pode associar-se ao ato pelo qual os sujeitos e as relações dos cuidados de saúde, em uma determinada sequência, compartilham informações entre profissionais, sobre a atenção prévia, sobre avaliações, decisões e utilizações de serviços de saúde, de modo a viabilizar um esquema coerente de gestão do cuidado. (WENGER; YOUNG, 2004)

Na concepção de Starfield (2002), a coordenação do cuidado traz a ideia de unir o todo em uma perspectiva de harmonia ou esfor-

ção comum. Sem a coordenação, a longitudinalidade perderia muito do seu potencial e a integralidade seria dificultada.

Poucas concepções sobre coordenação do cuidado são encontradas na literatura nacional, tendo em vista a escassez de correntes teóricas e de estudos avaliativos a respeito desse tema, tanto no Brasil como na América Latina. Ainda assim, foram encontradas algumas definições importantes que relacionam o ato de coordenar o cuidado com propostas como o apoio matricial, a organização de fluxos assistenciais, o acompanhamento e gestão de projetos terapêuticos, a gerência de listas de espera, a organização de protocolos assistenciais, dentre outros.

Coordenar a atenção do usuário significa participar de todas as decisões ou propostas terapêuticas, sendo o coordenador do cuidado, o responsável pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Refere-se, portanto, à tarefa de encarregar-se da atenção ao longo do tempo, ou seja, de forma longitudinal. (CUNHA; CAMPOS, 2011)

Nesta lógica, o “apoio matricial” e as “equipes de referência” são descritas como propostas para efetivar a coordenação dos cuidados por se tratarem de arranjos organizacionais que objetivam ampliar as possibilidades de integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. (CUNHA; CAMPOS, 2011) A coordenação do cuidado se refere ao desenvolvimento de mecanismos que visam criar “pontes” ou pontos de contato entre serviços e profissionais de saúde. (MALTA; MERHY, 2010)

Na concepção adotada pelo Ministério da Saúde (MS), a coordenação do cuidado é definida como a capacidade de promover a continuidade da atenção, na medida em que os profissionais de saúde devem realizar monitoramento constante das distintas condições, articulando-se com os diversos pontos de atenção do sistema. (BRASIL, 2010) Desse modo, o ato de coordenar o cuidado deve corresponder à elaboração, acompanhamento e à gestão de projetos terapêuticos, à

organização de fluxo dos usuários entre os pontos de atenção, à gestão de listas de espera, à organização de protocolos de cuidado, além de realização da discussão e análise de casos. (BRASIL, 2006b, 2011b)

No que tange às vertentes explicativas para o surgimento da coordenação do cuidado, podemos observar três. A primeira aponta que a origem das propostas de coordenação emergiu da crescente necessidade de adotar medidas para o controle de custos, de melhorar os resultados sobre a qualidade dos atendimentos e a satisfação dos usuários segurados por planos privados de saúde em contexto norte-americano. (HOFMARCHER; OXLEY; RUSTICELLI, 2007; McDONALD et al., 2007)

A segunda vertente destacou que as ações de coordenação surgiram a partir de modificações nas demandas e necessidades de saúde, decorrentes do aumento na incidência e prevalência de doenças crônicas, que levaram ao crescimento na procura por serviços de saúde mais complexos. Este cenário colaborou para exigências de transformação das práticas centradas nos serviços para as centradas nos usuários e suas reais necessidades. (TIJALCK; HUTTEN; CALNAN, 2006)

Na ótica da terceira vertente, as políticas orientadas para fortalecer a coordenação dos cuidados surgiram na tentativa de superar a fragmentação dos sistemas de saúde, a fim de colaborar para preencher lacunas entre diversos ambientes e proporcionar maior coerência e integração no processo de cuidado. (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002)

No cenário brasileiro, o tema ganhou força a partir da expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e teve como fatores determinantes a preocupação com problemas de acesso e eficiência dos serviços de saúde, caracterizados pelo crescimento de listas de espera, duplicações de provas diagnósticas e aumentos dos custos assistenciais. (ALMEIDA, 2010a, 2010b)

Diante disso, a coordenação do cuidado tornou-se prioridade para gestores de sistemas de saúde, especialmente quando se trata de assistir pacientes crônicos, já que nesta circunstância existe a neces-

sidade de intervenções de múltiplos profissionais. (HOFMARCHER; OXLEY; RUSTICELLI, 2007; LORENZO; NAVARRETE, 2007; MARTINEZ; NAVARRETE; LORENZO, 2009)

Dentre os principais objetivos da coordenação do cuidado, grande parte dos autores destaca a promoção da continuidade assistencial, a melhoria da qualidade e o potencial de interferir na redução dos custos da atenção à saúde (CHEN et al., 2000; GERVAS; RICO, 2005; LORENZO; NAVARRETE, 2007) Seu foco é direcionado principalmente para pacientes crônicos, por demandarem assistência de alto custo e por serem os mais susceptíveis aos efeitos negativos da fragmentação assistencial. (McDONALD et al., 2007)

Autores ressaltam que coordenar os cuidados tem como função facilitar a prestação dos serviços em local e tempo oportuno, para usuários e familiares com distintas necessidades especiais de saúde, de modo a viabilizar uma oferta adequada dos cuidados na ordem e momento oportunos, frente às interfaces de cuidados entre a própria atenção primária, ou mesmo entre esta e os demais níveis de atenção. (McDONALD et al., 2007; WENGER; YOUNG, 2004) É uma prática que deveria ser exercida predominantemente por médicos de atenção primária e que teria como objetivo auxiliar os usuários a receber serviços médicos especializados. (BICKELL; YOUNG, 2001; BOLLAND; WILSON, 1994)

Em suma, a coordenação, atributo fundamental da Atenção Primária à Saúde (APS), é essencial para a garantia da qualidade e de resultados positivos sobre a saúde da população. (SISSON et al., 2011) Nesta perspectiva, configura-se como condição necessária para alcançar um atendimento integral e contínuo, bem como atender a um conjunto de necessidades da população, sobretudo que exijam a integração entre os diferentes níveis do sistema de saúde. (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012)

Com base nas distintas concepções sobre coordenação do cuidado, para fins deste capítulo iremos defini-la como um processo que visa integrar serviços de saúde, em que distintos profissionais utilizem

mecanismos e instrumentos específicos para estabelecer fluxos, para trocar informações sobre usuários e seu processo assistencial, para referenciar e contrarreferenciar usuários com diferentes necessidades de saúde, entre serviços localizados no mesmo ou em distintos níveis de atenção, a fim de facilitar a prestação do cuidado contínuo e integral, em local e tempo oportunos.

## O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e a Coordenação do Cuidado

Tendo em vista que a coordenação do cuidado é um atributo presente na organização de sistemas de saúde organizados em rede ou que atuam de forma articulada e/ou integrada, é oportuno que, ao avaliar a atenção à saúde, leve-se em consideração sua análise. Ainda, tendo-se a APS como preferencial para a função de coordenadora do cuidado, eventuais propostas de avaliação deste nível de atenção devem abarcar questões referentes às dificuldades e facilidades para a execução deste atributo.

No Brasil, diversas iniciativas institucionais têm sido fomentadas com o intuito de fortalecimento da APS. Desde o início da década de 1990, programas, políticas e ações com caráter de aperfeiçoamento dos serviços de cuidados primários têm sido instituídos. Algumas destas iniciativas merecem destaque, já que contribuem diretamente para o fortalecimento da APS por meio de ações que visam à expansão de cobertura, à qualificação das atividades relacionadas ao cuidado ofertado e ao processo de trabalho neste nível de atenção, à ampliação da abrangência e do escopo de ações, ao aumento do poder de resolubilidade, à garantia de recursos (humanos, materiais, físicos e financeiros) adequados ao seu pleno funcionamento e, ainda, ao fomento à mudança do modelo de atenção à saúde em vigência no país (Quadro 1).

Quadro 1 – Iniciativas institucionais criadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde para fomentar o aperfeiçoamento e fortalecimento dos serviços de cuidados primários

INICIATIVAS ESPECÍFICAS PARA A APS		
INICIATIVAS	SIGLA	DOCUMENTO(S) DE REFERÊNCIA
Programa de Agentes Comunitários de Saúde	PACS	Portaria Nº 648 de 28 de março de 2006; Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011
Programa/Estratégia Saúde da Família	PSF/ESF	Portaria Nº 648 de 28 de março de 2006; Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011
Piso de Atenção Básica	PAB	Portaria Nº 1882 de 18 de dezembro de 1997
Sistema de Informação da Atenção Básica/ Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica	SIAB/SISAB	Portaria Nº 1882 de 18 de dezembro de 1997; Portaria GM/MS/Nº 157 de 19 de fevereiro de 1998; Portaria Nº 1.412, de 10 de julho de 2013
Centro de Atenção Psicossocial	CAPS	Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002
Saúde bucal na saúde da família	-	Portaria Nº 3.066, de 23 de dezembro de 2008
Projeto de Consolidação e Expansão da Saúde da Família	PROESF	Portaria Nº 2.132 de 06 de setembro de 2011; Portaria Nº 650 de 28 de março de 2006
Projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade da ESF	AMQ	Documento Técnico da Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
Política Nacional de Atenção Básica	PNAB	Portaria Nº 648 de 28 de março de 2006; Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011
Núcleos de Apoio à Saúde da Família	NASF	Portaria Nº 154 de 24 de janeiro de 2008
Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	PMAQ-AB	Portaria Nº 1.654, de 19 de julho de 2011
Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica	PROVAB	Portaria Interministerial nº 2.087 / MS / MEC, de 1º de setembro de 2011
Programa Mais Médicos	-	Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013

Outro conjunto de iniciativas também merece ser ressaltado, já que insere em seu campo de atuação os serviços de APS, contribuindo para o seu financiamento, sua organização, sua articulação com os serviços de média e alta densidade tecnológica ou com serviços de setores diversos (intersectorialidade), além de aspectos relacionados à ampliação das ações a serem desenvolvidas neste nível (Quadro 2).



Quadro 2 – Iniciativas institucionais criadas no âmbito do Sistema Único de Saúde e que inserem a Atenção Primária à Saúde em seu espectro de atuação

INICIATIVAS QUE INSEREM A APS (NÃO ESPECÍFICAS PARA A APS)		
INICIATIVAS	SIGLA	DOCUMENTO(S) DE REFERÊNCIA
Norma Operacional Básica de 1996	NOB-96	Portaria Nº 2.203, de 5 de novembro de 1996
Norma Operacional de Assistência à Saúde no SUS	NOAS-SUS 01/02	Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002.
Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares	PNPIC	Portaria Nº 971 de 03 de maio de 2006
Condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família	PBF	Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004
Política Nacional de Promoção da Saúde	PNPS	Portaria Nº 687 de 30 de março de 2006
Programa de Saúde na Escola	PSE	Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007;
Pacto pela Saúde	-	Portaria GM Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006
Programa Telessaúde Brasil Redes	-	Portaria Nº 2.554, de 28 de outubro de 2011
Política Nacional de Humanização	HumanizaSUS	Política Nacional de Humanização – Documento base para gestores e trabalhadores do SUS
Programa Academia da Saúde	-	Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011; Portaria Nº 1.402, de 15 de Junho de 2011

No tocante à qualificação das ações de APS, são destacadas as ferramentas de avaliação da qualidade propostas pela Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) e pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). A AMQ, criada em 2005 pelo Ministério da Saúde, teve o objetivo de avaliar a qualidade do cuidado ofertado na atenção básica, por meio de uma metodologia de gestão interna ou autogestão dos processos de melhoria contínua da qualidade, desenvolvida especificamente para a Estratégia Saúde da Família (ESF). A AMQ integrou um conjunto de ações contempladas no Componente III (Avaliação e Monitoramento) do PROESF e foi desenvolvida em cooperação técnica com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). (BRASIL, 2005)

Os eixos centrais da proposta foram o estabelecimento dos parâmetros de qualidade para a ESF, a avaliação como instrumento de gestão e tomada de decisão e o compromisso com a qualidade na atenção à saúde. Neste sentido, foram elaborados cinco instrumentos de autoavaliação, baseados em padrões de qualidade e dirigidos a atores específicos (gestor municipal da saúde, coordenação da ESF, unidade de saúde da família, equipe de saúde da família e profissionais de nível superior da ESF), os quais visavam possibilitar a identificação dos estágios de implantação, desenvolvimento e qualidade da ESF em seus diferentes pontos, desde a gestão até as práticas de saúde das equipes junto à população. (BRASIL, 2005) Um aspecto positivo da AMQ foi a incorporação de questões que permitiam graduar as diversas particularidades relacionadas às funções da atenção primária, como o primeiro contato, a coordenação do cuidado, a acessibilidade e as atividades de promoção e prevenção na avaliação do processo de trabalho neste nível de atenção. (CAMPOS, 2005)

Apesar de a proposta AMQ ter sido concebida como um instrumento para institucionalizar a avaliação na ESF, não existem muitos registros na literatura nacional sobre o seu impacto. (SILVA; CALDEIRA, 2010; 2011; VENÂNCIO et al., 2008) Alguns autores já relacionaram as dificuldades existentes em seu processo de implantação (VENÂNCIO et al., 2008; SARTI, 2009) e outros problematizaram que, de modo geral, existe uma percepção positiva das equipes sobre sua atuação, ou seja, que as equipes de saúde tendem a julgamentos generosos sobre o próprio desempenho. (CANESQUI; SPINELLI, 2008; SILVA; CALDEIRA, 2010)

A partir das experiências da AMQ e considerando especialmente as limitações e possibilidades desta proposta, em julho de 2011 o Ministério da Saúde lançou o PMAQ-AB, por meio da portaria nº. 1.654 de 19 de julho de 2011. Este programa visa induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações

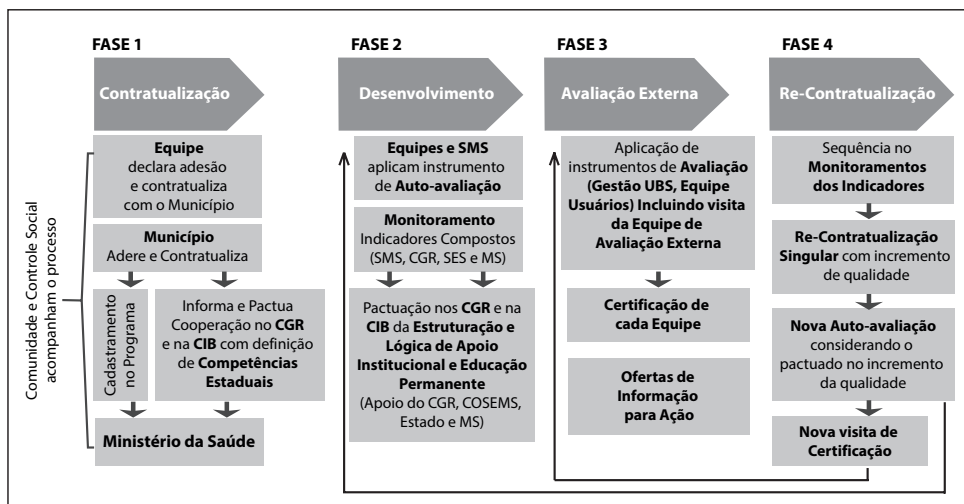
governamentais direcionadas à atenção básica, por meio da criação de um incentivo financeiro destinado às gestões municipais de saúde, a partir da pactuação de compromissos e avaliações de indicadores firmados entre as equipes de atenção básica, os gestores municipais e o Ministério da Saúde. (BRASIL, 2011a)

O PMAQ-AB está fundamentado em sete diretrizes que norteiam sua organização e desenvolvimento, às quais estão relacionadas: à construção de parâmetros de comparação da qualidade entre as diversas equipes de atenção básica, ao estímulo de um processo contínuo e progressivo de melhoria dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade, à possibilidade de monitoramento e acompanhamento destes indicadores, ao fomento de processos de mudança de cultura gerencial e qualificação da atenção básica, ao desenvolvimento de cultura de negociação e contratualização de compromissos e resultados, ao estímulo à efetiva mudança do modelo de atenção, que deve priorizar as necessidades de saúde da população e a satisfação dos usuários, e ao estímulo do caráter proativo das equipes quanto à melhoria dos processos desenvolvidos na APS.

O Programa está organizado em quatro fases que se desenvolvem numa lógica de ciclo contínuo de avaliação do acesso e qualidade, a saber: 1) Adesão e Contratualização; 2) Desenvolvimento; 3) Avaliação Externa; e 4) Recontratualização. A primeira fase refere-se ao processo de formalização da adesão das equipes (de saúde da família, de saúde bucal e do NASF), por meio de contratualização de compromissos e indicadores junto à gestão municipal, conselho municipal de saúde e comissões intergestores regional e tripartite. A segunda fase compreende o desenvolvimento de ações por parte das equipes e da gestão com o intuito de promover mudanças que possam produzir melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, por meio de um processo de autoavaliação das equipes, monitoramento dos indicadores pactuados, educação permanente e apoio institucional. A terceira fase engloba um conjunto de ações com vistas à identificação das condições de

acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes da atenção básica participantes do Programa, a ser realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa. A quarta fase, por sua vez, diz respeito à pactuação singular dos municípios e do Distrito Federal com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados verificados nas Fases 2 e 3 do PMAQ-AB (Figura 1). A partir destas fases, equipes e municípios serão classificados e certificados conforme seu desempenho no processo de avaliação do Programa.

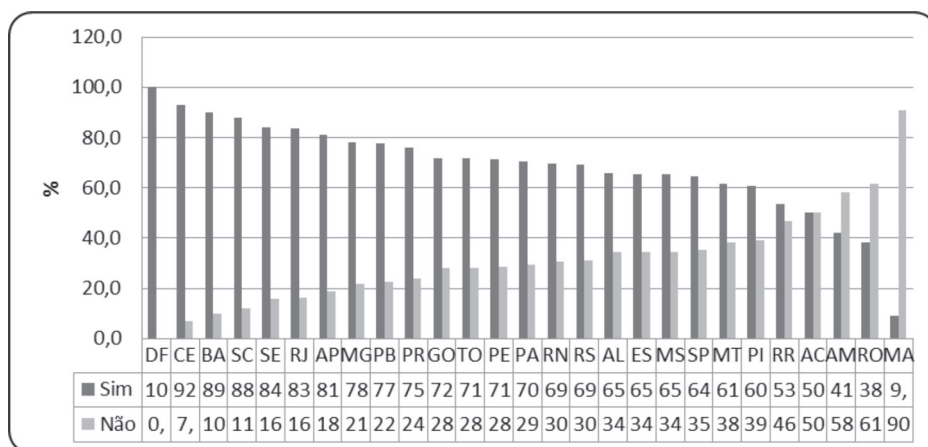
Figura 1 – Fases do PMAQ-AB



Fonte: Brasil (2011a).

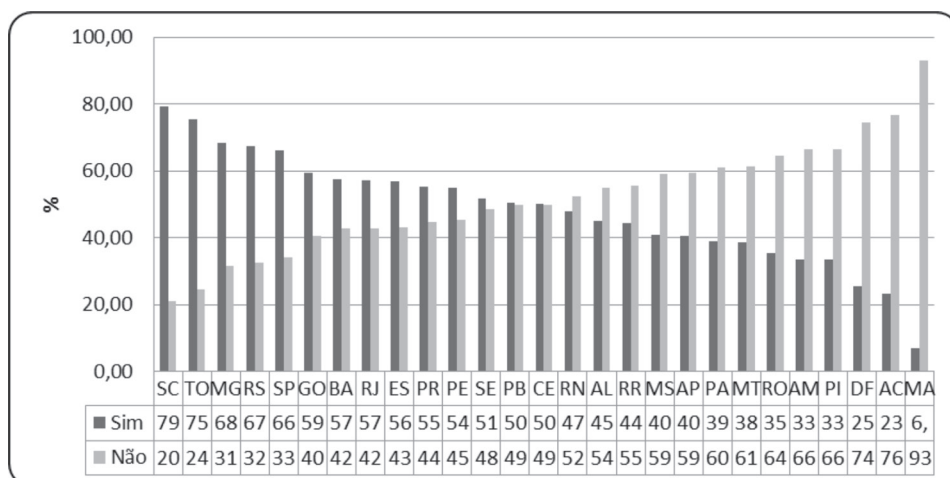
O primeiro ciclo de avaliação do PMAQ-AB, ocorrido no ano de 2012, abarcou a avaliação exclusiva de equipes de saúde da família de municípios localizados em todos os estados brasileiros (Figuras 2 e 3). Para o segundo ciclo de avaliação, previsto para 2013/2014, foram acrescentadas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Figura 2 – Percentual de municípios por UF que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ



Fonte: Brasil (2011a).

Figura 3 – Percentual de equipes por UF que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ



Fonte: Brasil (2011a).

Considerando que a APS pode ser fortalecida a partir de mecanismos que garantam sua função enquanto ordenadora do sistema de atenção à saúde e porta de entrada preferencial, onde os serviços

localizados neste nível de atenção possam atuar como filtros analisadores das necessidades de cuidado dos usuários, torna-se oportuno avaliar o grau de coordenação do cuidado exercido pelas equipes de saúde da família. Neste sentido, o PMAQ-AB, por meio do componente “coordenação do cuidado”, adotou questões relativas a este atributo no processo de avaliação externa.

De acordo com distintos estudos, o atributo da coordenação do cuidado apresenta componentes essenciais e interdependentes para a sua consolidação. Dentre estes, destacam-se o planejamento da assistência individual, no qual são identificadas as necessidades e demandas dos usuários (CHEN et al., 2000; HOFMARCHER; OXLEY; RUSTICELLI, 2007; GERVAIS; RICO, 2005); a padronização de condutas por meio da utilização de protocolos e diretrizes terapêuticas (FORREST et al., 2000; HEALEY; UNDRE; VINCENT, 2004; BOERMA, 2006); a comunicação, onde são efetivadas trocas de informações entre profissionais de um mesmo ou de diferentes níveis de atenção (MCDONALD et al., 2007; WENGER; YOUNG, 2004); a construção de sistemas de referência e contrarreferência para definição de fluxos e contrafluxos assistenciais (COOLEY et al., 2003; CASSADY et al., 2000; KIBBE, 2001); e, por fim, o monitoramento dos usuários, processo em que estes são acompanhados de forma contínua pelos profissionais de saúde. (FORREST et al., 2000; HEALEY; UNDRE; VINCENT, 2004; BOERMA, 2006)

Partindo da análise dos instrumentos de avaliação externa (I, II e III) do PMAQ-AB e tomando como referência as distintas concepções e componentes da coordenação do cuidado ressaltados pela literatura nacional e internacional, podemos afirmar que há questões relacionadas às práticas e processos que aparecem diretamente vinculadas à coordenação do cuidado e outras que, embora não se apresentem explicitamente vinculadas, remetem a alguns de seus aspectos essenciais (Quadro 3).

No que concerne às informações que se mostraram claramente vinculadas, percebe-se que, no instrumento II, são enfocadas tanto dimensões de análise relativas ao agendamento de consultas especializadas quanto à forma e meios de marcação, bem como grupos prioritários envolvidos, com foco para pacientes com condições crônicas; à utilização de protocolos para definição de diretrizes terapêuticas e priorização de casos que necessitam de encaminhamento para outros pontos de atenção; e à solicitação de exames para condições crônicas frequentemente assistidas no âmbito da APS. No instrumento III, as informações categorizadas no componente coordenação do cuidado denotam o foco da avaliação restrita à marcação de consultas, encaminhamento para o atendimento especializado, acompanhamento do usuário após contrarreferência dos demais níveis de atenção e, por fim, informações inerentes à facilidade na divulgação de resultados dos exames que chegam à unidade de saúde. (BRASIL, 2012)

Com relação a outras questões onde é possível estabelecer uma relação com aspectos essenciais daquele atributo, destacamos que, no instrumento I, cujo foco é a avaliação da estrutura — recursos materiais, humanos e insumos da atenção à saúde — as questões de verificação quantitativa dos recursos de tecnologia da informação se mostram pertinentes para a mensuração de meios que, de certa forma, contribuem para a efetivação do componente “comunicação”, fundamental no processo de coordenação do cuidado pela APS. Ademais, a avaliação sobre a disponibilidade de veículo para atividades externas como as visitas domiciliares e as buscas ativas, evidencia a importância de sua utilização como forma de viabilizar outro componente da coordenação: o monitoramento dos usuários adscritos. (BRASIL, 2012)

No instrumento II são consideradas dimensões pertencentes ao apoio matricial (frequência e ações desenvolvidas junto à equipe de AB); à organização dos prontuários na unidade de saúde, inclusive quanto à existência e integração de prontuários eletrônicos com os demais pontos de atenção; à organização da agenda para grupos prioritários

que necessitem de cuidado continuado; à comunicação entre profissionais da APS e especialistas, inclusive quanto à frequência de contatos efetivados, fluxos e canais de comunicação institucionalizados; e meios e instrumentos para encaminhamento/definição de fluxos assistenciais de usuários para os demais pontos da rede de serviços de saúde. (BRASIL, 2012)

Podem ser identificados ainda, que o instrumento II inclui questões que contemplam distintas condições crônicas. Para estas, são priorizadas frequentemente informações relativas ao agendamento de consultas, acompanhamento, busca ativa e tratamentos.

No instrumento III, a avaliação da coordenação do cuidado se restringe à identificação de processos relativos ao acompanhamento dos usuários pela equipe de APS, encaminhamento para profissionais especialistas e agendamento de consultas futuras pela equipe de atenção básica. (BRASIL, 2012)

Apesar da abordagem de diferentes dimensões sobre a coordenação do cuidado, a análise dos instrumentos de avaliação externa permite inferir algumas limitações. A primeira, diz respeito à ausência de questões que abarquem a coordenação do cuidado horizontal (entre serviços existentes no próprio nível dos cuidados primários). A segunda refere-se ao fato da concepção adotada considerar apenas a coordenação para condições crônicas, de modo que não são evidenciadas questões que envolvam informações sobre a coordenação do cuidado entre APS e serviços de emergência e hospitalares, uma vez que também é preciso garantir a atenção em tempo e local oportunos para condições agudas e episódios de agudização decorrentes de complicações crônicas.

A terceira limitação está relacionada à incipiente interação entre a APS e a atenção terciária, uma vez que as questões de comunicação e encaminhamento estão restritas à relação entre a APS e a atenção especializada. A quarta refere-se à baixa correspondência entre as questões de coordenação do cuidado abordadas com o profissional de saúde quando comparadas com aquelas abordadas junto aos usuários, tendo em vista que estes são informantes-chave essenciais



para o processo de validação das informações obtidas nas entrevistas com os profissionais de nível superior. Por fim, a quinta limitação corresponde a pouca ênfase dos instrumentos nos componentes da coordenação “planejamento da assistência individual” e “monitoramento dos usuários”. Tais componentes são fundamentais, já que o primeiro permite elencar prioridades, participantes-chave, definir responsabilidades, habilidades e ações necessárias, e o segundo visa identificar necessidades de ajustes e falhas no processo de coordenação do cuidado.

Quadro 3 – Lista de questões e componentes relativos à coordenação do cuidado contemplados no instrumento de avaliação externa I, II e III do PMAQ-AB (Ciclo1)

Questões	Dimensão
<p><b>Direcionadas ao profissional de saúde</b></p> <p>A equipe programa consultas e ações para usuários que façam parte de programas ou grupos prioritários e necessitam de cuidado continuado? Existe documento que comprove?</p> <p>Para quais grupos e situações a equipe programa ofertas?</p> <p>Como são agendadas as consultas na unidade de saúde?</p> <p>Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis?</p> <p>A equipe mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção?</p> <p>Quais os exames solicitados para: Hipertensão Arterial Sistêmica, diabetes melitus, tuberculose, hanseníase, saúde da mulher, pré-natal e diagnóstico da sífilis?</p> <p><b>Direcionadas ao usuário</b></p> <p>Quando o(a) senhor(a) precisa, os profissionais da equipe conseguem marcar uma consulta com outros profissionais ou especialistas?</p> <p>O(a) senhor(a) encontra facilidade para saber dos resultados dos seus exames que chegam nesta unidade de saúde?</p> <p>O(a) senhor(a) já sai das consultas com a próxima consulta marcada?</p>	<p>Agendamento de consultas e solicitação de exames</p>
<p><b>Direcionadas ao profissional de saúde</b></p> <p>Existem na unidade de saúde protocolos que orientem a priorização dos casos que precisam de encaminhamento? Existe documento que comprove?</p> <p>A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para quais condições?</p>	<p>Utilização de protocolos</p>

<p><b>Direcionadas ao profissional de saúde</b></p> <p>Com que frequência os profissionais de atenção básica entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os seus pacientes encaminhados?</p> <p>Com que frequência os especialistas entram em contato com os profissionais de atenção básica para trocar informações sobre os pacientes encaminhados pela atenção básica?</p> <p>Existe algum fluxo de comunicação institucionalizado? Qual é o fluxo institucional de comunicação?</p> <p>Qual canal está disponível na unidade de saúde para que o contato se efetive?</p> <p>Há uma lista de contato na UBS com os especialistas da rede SUS, com telefones e/ou e-mails? Existe documento que comprove?</p>	<p>Comunicação entre profissionais da APS e especialistas</p>
<p><b>Direcionadas ao profissional de saúde</b></p> <p>Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção? Quais as centrais de marcação disponíveis?</p> <p>Existem fichas de encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção? Existe documento que comprove?</p> <p>A equipe possui documentos contendo as referências e fluxos pactuados pela gestão municipal para os atendimentos de usuários do território da equipe?</p> <p>Indique quais são as referências e fluxos definidos. Existe documento que comprove?</p> <p>Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis?</p> <p>A equipe mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção? Existe documento que comprove?</p> <p><b>Direcionadas ao usuário</b></p> <p>Quando o(a) senhor(a) é atendido(a) na unidade de saúde e necessita ser encaminhado(a) para outros profissionais ou especialistas, o que acontece?</p> <p>Depois que o(a) senhor(a) foi atendido(a) por outros profissionais fora desta unidade de saúde, a equipe conversou com o(a) senhor(a) sobre este atendimento?</p> <p>A senhora já foi encaminhada para fazer uma consulta com o(a) médico(a) ginecologista, em outra unidade de saúde?</p>	<p>Encaminhamento e definição de fluxos assistenciais</p>
<p><b>Direcionadas aos usuários</b></p> <p>O seu agente comunitário de saúde (ACS) visita o(a) senhor(a) na sua casa?</p> <p>Outros profissionais da equipe de saúde visitam a casa do(a) senhor(a)?</p>	<p>Monitoramento do usuário</p>

## Considerações finais

A análise aqui apresentada evidencia as potencialidades e limitações do PMAQ-AB enquanto uma alternativa institucional de indução de processos de melhoria do acesso e qualidade da APS e de institucionalização da avaliação. No tocante às limitações, além das questões metodológicas levantadas, o fato desta proposta se materializar em um programa de abrangência nacional, se apresenta como um importante limitador no sentido de capturar as especificidades locais e locais regionais. Por mais que os instrumentos possam ser aprimorados a cada ciclo de avaliação do PMAQ-AB, a estratégia de avaliação mediante um instrumento nacional (padronizado) não parece ser a mais apropriada.

Além disso, o desenho do programa pautado na vinculação de repasse financeiro mediante processo de avaliação de desempenho, com natureza de caráter avaliativo fomentado pelo nível central de gestão (Ministério da Saúde), parece insuficiente para estimular modificações na cultura organizacional, como um processo de autoavaliação permanente por parte das equipes da atenção básica, bem como a insuficiência da utilização das informações produzidas para a tomada de decisão.

Apesar destas questões, o PMAQ-AB pode ser visto como uma oportunidade para induzir mudanças nas organizações de saúde, as quais incluem o fortalecimento de processos de gestão participativa, a partir de uma análise dos dados produzidos pelo Programa, sobretudo aqueles obtidos na fase de avaliação externa. Além disso, o programa prevê um processo de avaliação periódica, o qual é mais apropriado do que avaliações episódicas. O PMAQ-AB se mostra, ainda, como um importante gerador de informações relativas ao diagnóstico situacional da APS nas diversas localidades brasileiras, a partir do qual diversas janelas podem ser abertas tanto no que diz respeito à mudança das práticas de saúde quanto no desenvolvimento de pesquisas científicas.

## Referências

ALMEIDA, P. F. Estratégias de integração entre Atenção Primária à Saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. In: ALMEIDA, P. F. *Estratégias de coordenação de cuidados: fortalecimentos da Atenção Primária à Saúde e integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos*. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

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

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 375–391, jul./set. 2012.

BICKELL, N. A.; YOUNG, G. J. Coordination of care for early-stage breast cancer patients. *J GenInternMed*, v. 16, n. 11, p. 737–42, 2001.

BOLLAND, J. M.; WILSON, J. V. Three faces of integrative coordination: a model of vinter organizational relations in communit y based v health and human services. *Health Serv Res.*, v. 29, n. 3, p. 341–66, 1994.

BOERMA, W. G. W. Coordenação e integração em atenção primária europeia. In: SALTMAN; RICO; BOERMA, W. G. W. (Ed.). *Atenção primária conduzindo as redes de atenção*. Brasília: OMS, 2006. 344 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família*: documento técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004*. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. 2004. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/lei/l10.836.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.836.htm)>. Acesso em: dez/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 1.654, de 19 de julho de 2011*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. Brasília, 2011a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm../2011/prt1654\\_19\\_07\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm../2011/prt1654_19_07_2011.html)>. Acesso em: dez/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM n° 1.882, de 18 de dezembro de 1997*. Estabelece o Piso da Atenção Básica – PAB e sua composição. 1997. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/LEGIS/PortGM1882\\_18Dezembro\\_1997.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/LEGIS/PortGM1882_18Dezembro_1997.pdf)>. Acesso em: dez/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM n° 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011b. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/legislacao/index2.cfm>>. Acesso em: dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM n° 3.066, de 23 de dezembro de 2008*. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2008a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt3066\\_23\\_12\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt3066_23_12_2008.html)>. Acesso em: dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Interministerial n° 1.369, de 8 de julho de 2013*. Brasília, 2013a. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369\\_08\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html)>. Acesso em: dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Interministerial n° 2.087, de 1° de setembro de 2011*. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Brasília, 2011c. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087\\_01\\_09\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html)>. Acesso em: dez/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n° 154, de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, 2008b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)>. Acesso em: dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n° 157, de 19 de fevereiro de 1998*. Estabelece os critérios de distribuição e requisitos para a qualificação dos municípios aos incentivos ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e ao Programa de Saúde da Família. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria157.pdf>>. Acesso em: dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n° 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional,

e dá outras providências. Brasília, 2002a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em: dez/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002*. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2002, que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica. Brasília, 2002b. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/12221-373.html>>. Acesso em: dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: dez/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 648, de 28 de março de 2006*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 687, de 30 de março de 2006*. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília, 2006c. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria%20687.pdf>>. Acesso em: dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 719, de 7 de abril de 2011*. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011d. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm../2011/prt0719\\_07\\_04\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm../2011/prt0719_07_04_2011.html)>. Acesso em: dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006*. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006d. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis../gm/2006/prt0971\\_03\\_05\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis../gm/2006/prt0971_03_05_2006.html)>. Acesso em: dez/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013*. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Brasília, 2013b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412\\_10\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html)>. Acesso em: dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.132, de 06 de setembro de 2011*. Declara a elegibilidade dos Estados e do Distrito Federal, temporariamente suspensos da Fase 2 do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família, para recontractualização. Brasília, 2011e. Disponível em: <[http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2132\\_06\\_09\\_2011.html](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2132_06_09_2011.html)>. Acesso em: dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.134, de 06 de setembro de 2011*. Declara a elegibilidade dos Municípios temporariamente suspensos da Fase 2 do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família, para recontractualização, e a elegibilidade dos Municípios temporariamente inelegíveis para a adesão ao projeto. Brasília, 2011f. Disponível em: <[http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2134\\_06\\_09\\_2011.html](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2134_06_09_2011.html)>. Acesso em: dez/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996*. Aprova, nos termos do texto a esta portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. Brasília, 1996. Disponível em: <[http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html)>. Acesso em: dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 2.554, de 28 de outubro de 2011*. Institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Re-des na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Brasília, 2011g. Disponível em: <[http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2554\\_28\\_10\\_2011.html](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2554_28_10_2011.html)>. Acesso em: dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Contribuições para a construção de redes de atenção à saúde coordenadas pela APS no SUS. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção à saúde no SUS*. Brasília, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 138 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasil. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS* 4. ed. 4. reimp. Brasília, 2010b. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <[http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf)>. Acesso em: dez. 2013.

BRASIL. Presidência da República. Casa civil. Subchefia para assuntos jurídicos. *Decreto N° 6.286, de 5 de dezembro de 2007*. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm)>. Acesso em: 15 dez. 2013.

BROWN, R. et al. *Coordinating care for Medicare beneficiaries: early experiences of 15 demonstration programs, their patients, and providers*. 2004. Disponível em: <<http://www.mathematicampr.com/publications/PDFs/bestpraccongressional.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2013.

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria da contínua da qualidade no contexto da atenção primária à saúde. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 5, supl. 1, p. S63-S69, 2005.

CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. S. A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do estado de Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 862-870, 2008.

CASSADY, C. E. et al. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*, v. 105, n. 4, p. 998-1003, 2000.

CHEN, A. et al. *Best practices in coordinated care*. 2000. Disponível em: <[http://www.cms.hhs.gov/DemoProjectsEvalRpts/downloads/CC\\_Full\\_Report.pdf](http://www.cms.hhs.gov/DemoProjectsEvalRpts/downloads/CC_Full_Report.pdf)>. Acesso em: 14 dez. 2013.

COOLEY, W. C. et al. The Medical Home Index: development and validation of a new practice-level measure of implementation of the Medical Home model. *Ambul Pediatr*, v. 3, n. 4, p. 173-180, 2003.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saude sociedade*, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

EHRlich, C.; KENDALL, E.; MUENCHBERGER, H. Spanning boundaries and creating strong patient relationships to coordinate care are strategies used by experienced chronic condition care coordinators. *Contemp Nurse*, v. 42, n. 1, p. 67-75, aug. 2012.

FEÓ, J. J. O.; CAMPO, J. M. F.; CAMACHO, J. G. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: reforma del sistema sanitario o reforma Del ejercicio profesional? *Revista Administração Sanitária*, v. 4, n. 2, p. 357-82, 2006.

FORREST, C. B. et al. Coordination of specialty referrals and physician satisfaction with referral care. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, v. 154, n. 5, p. 499-506, 2000.



GERVAS, J.; RICO, A. La coordinación en el sistema sanitario y mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primaria. *Semergen*, v. 31, n. 9, p. 418–23, 2005.

GITTELL, J. H. Organizing work to support relational co-ordination. *Int J of Human Resource Management*, v. 11, n. 3, p. 517–39, 2000.

HEALEY, A.N.; UNDRE, S.; VINCENT, C.A. Developing observational measures of performance in surgical teams. *QualSaf Health Care*, v. 1, p. 33–40, 2004.

HOFMARCHER, M.M.; OXLEY, H.; RUSTICELLI, E. Improved Health System Performance through better Care Coordination. *OECD Health Working Papers*, n. 30, 2007.

KIBBE, D. C. Physicians, care coordination, and the use of web-based information systems to manage chronic illness across the continuum. *Case Manager*, v. 12, n. 5, p. 6–61, 2001.

LORENZO, I. V.; NAVARRETE, M. L. V. Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial en las organizaciones sanitarias integradas en Cataluña. *Gac Sanit.*, v. 21, n. 2, p. 114–123, 2007.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha de cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface, Comunicação e Saúde*, jul./set. v. 14, n. 34, p. 53–65, 2010.

MARTINEZ, D. H.; NAVARRETE, M. L. V.; LORENZO, I. V. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gac Sanit*, v. 23, n. 4, p. 280–286, 2009.

MCDONALD, K. M. et al. Care Coordination. *Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies*, v. 7, n. 4, p. 51–57, jun. 2007.

NÚÑEZ, R.T.; LORENZO, I. V.; NAVARRETE, M. L. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit.* v. 20, n. 6, p. 485–95, 2006.

REID, R.; HAGGERTY, J.; MCKENDRY, R. *Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare*. 2002. Disponível em: <[http://www.chsrf.org/final\\_research/commissioned\\_research/programs/pdf/cr\\_contcare\\_e.pdf](http://www.chsrf.org/final_research/commissioned_research/programs/pdf/cr_contcare_e.pdf)>. Acesso em: 18 dez. 2013.

SARTI, T. D. *Avaliação da Estratégia Saúde da Família no Espírito Santo utilizando o instrumento de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ)*. 2009. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família e a qualificação profissional. *Trabalho, educação, saúde*, v. 9, n.1, p. 95-108, 2011.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 6, p. 1187-1193, 2010.

SISSON, M. C. et al. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistência. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 991-1004, 2011.

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

TILJACK, H.; HUTTEN, J.; CALNAN, M. O desafio da coordenação: o papel dos profissionais da atenção primária na promoção da integração entre interface. In: SALTMAN, R. B.; RICO, A.; BOERMA, W. G. V. (Ed.). *Atenção primária conduzindo as redes de atenção*. OMS, 2006. 344 p.

VENÂNCIO, S. I. et al. *Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família – AMQ: estudo de implantação no Estado de São Paulo*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008. Disponível em: < [http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/7\\_-\\_amq.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/7_-_amq.pdf)>. Acesso em: dez. 2013.

WENGER, N. S.; YOUNG, R. *Quality indicators for continuity and coordination of care in vulnerable elders*. Santa Monica, CA: RAND Health, 2004. Report No.: RAND report no. WR-176.



## PARTE II

---



# Estratégias e métodos da pesquisa sobre a Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em redes regionalizadas

---

*Mariluce Karla Bomfim de Souza*

*Patty Fidelis de Almeida*

*Adriano Maia dos Santos*

*Djanilson Barbosa dos Santos*

*Davi Félix Martins Júnior*

## Introdução

Conforme discutido nos capítulos que compõem a primeira parte deste livro, e, em consonância com a literatura internacional, há convergência em apontar que a fragmentação do cuidado em saúde é uma das principais causas da má qualidade da atenção, associada a custos mais elevados, com duplicação e sobreutilização de procedimentos diagnósticos, uso de múltiplos medicamentos e planos terapêuticos conflitantes, sendo os efeitos negativos mais potentes sobre as condições crônicas. (BYNUM; ROSS, 2012; SCHANG; WAIBEL;

THOMSON, 2013) Bynum e Ross (2012) reafirmam que a dificuldade de medição deste complexo constructo limita as possibilidades de análise dos avanços na coordenação do cuidado e de seus potenciais efeitos nos resultados em saúde.

Schang, Waibel e Thomson (2013) sistematizam um conjunto de elementos organizacionais necessários para assegurar a coordenação do cuidado: definição de metas compartilhadas para o sistema de saúde (níveis primário, secundário e terciário); esquemas de pagamento e alocação de recursos que incentivem a coordenação; estrutura que garanta e aprimore mecanismos de comunicação entre profissionais de saúde envolvidos no cuidado; desenvolvimento de uma cultura comum e de liderança orientadas ao trabalho em equipe, à colaboração e melhor desempenho; e fortalecimento de um modelo de atenção à saúde com base na Atenção Primária à Saúde (APS) (SCHANG; WAI-BEL; THOMSON, 2013) No sistema de saúde, intervenções pró-coordenação podem ser desenvolvidas nos níveis macro (mecanismos regulatórios e esquemas de pagamento), no meso (criação de funções gerenciais compartilhadas como comitês de gestão) e no nível micro (introdução de sistema integrado de informações gerenciais, clínicas e administrativas a ser desenvolvido e implementado por gestores e profissionais de saúde. (VÁZQUEZ et al., 2005)

A despeito dos dissensos, percebe-se que as diversas conceituações e tentativas de operacionalização do conceito convergem no sentido de reconhecer que a qualidade da atenção em saúde, principalmente no caso das pessoas com condições crônicas, não resulta das ações de um único provedor em um único momento, mas de um processo contínuo, que envolve múltiplos prestadores ao longo do tempo. (NOLTE; MCKEE, 2008) Bynum e Ross (2012) destacam que é necessário diferenciar atividades específicas de coordenação como o estabelecimento de negociação, de responsabilidades, criação de um plano de cuidados, alinhamento entre serviços prestados e necessidades de saúde da população/paciente; de ações que facilitam a coordenação

nação, mas que não representam ações de coordenação propriamente ditas como, por exemplo, a gestão de casos ou de medicamentos.

O debate na literatura internacional sustenta a importância da coordenação do cuidado, fortemente apoiada por sistemas que facilitem a comunicação entre prestadores. Contudo, ressalta-se a necessidade de adaptação aos diferentes contextos, tendo como norte a universalização do acesso com qualidade na atenção à saúde. A Agency for Healthcare Research and Quality (2011) reconhece que a “coordenação do cuidado significa diferentes coisas para diferentes pessoas e que uma definição consensual não foi amplamente desenvolvida”. O conceito de coordenação do cuidado adotado neste trabalho é definido como a articulação entre os diversos sujeitos, serviços e ações relacionados à atenção em saúde, de forma que, independente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum. (HOFMARCHER; OXLEY; RUSTICELLI, 2007; NÚÑEZ; LORENZO; NAVARRETE, 2006) Sustenta-se na existência de ações integradas entre prestadores de serviços de diferentes níveis ou ao interior de um mesmo nível, como no caso da APS, de forma que distintas intervenções sejam percebidas e vivenciadas pelo usuário de forma contínua, adequadas às suas necessidades de atenção em saúde e compatível às suas expectativas pessoais. (BOERMA, 2007) O cuidado coordenado se traduz na percepção de continuidade na ótica do usuário. (HAGGERTY et al., 2003; WATSON, 2004)

Pesquisas sobre o tema realizadas no Brasil buscam captar evidências nas experiências de coordenação do cuidado nas gestões municipais e divulgar possibilidades de mudanças e obstáculos a serem superados para consolidação do SUS. Tais estudos, de forma geral, avaliam as estratégias de coordenação na perspectiva da integração entre os níveis assistenciais e fortalecimento da APS, sobretudo em grandes centros urbanos (ALMEIDA et al., 2010; GIOVANELLA et al., 2009)



Os capítulos que compõem a segunda parte deste livro analisam o alcance da coordenação do cuidado pela APS em redes regionalizadas em três municípios sede de Regiões de Saúde: Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus e Vitória da Conquista. Pretende-se trazer novos aportes ao debater o tema no contexto de redes regionalizadas, considerando que ainda são inéditas pesquisas que buscam investigar como as Equipes de Saúde da Família (EqSF) desempenham a função de coordenação em situação que exige a integração horizontal entre profissionais e prestadores do mesmo nível e a vertical entre serviços de saúde sob gestão de diversos municípios e/ou entes federados. As dimensões e indicadores de coordenação do cuidado foram construídos e analisados na perspectiva da gestão do cuidado que pressupõe responsabilidades compartilhadas nas dimensões sistêmica, organizacional e profissional, segundo Cecílio (2009), e retraduzidas por Santos (2013) nos níveis: político-institucional, organizacional e das práticas.

Parte-se da premissa que a gestão do cuidado consubstancia-se nas ações dos sujeitos (gestores, trabalhadores da saúde e usuários) em serviços de saúde integrados, formando uma rede colaborativa, ou seja, coordenada para garantir o cuidado continuado aos usuários em local apropriado e mais oportuno. No contexto de uma rede regionalizada, as dimensões para a gestão do cuidado reclamam por uma análise para dentro do município e para além das suas fronteiras, em uma perspectiva de rede integrada, cooperada e solidária, para garantir maior organicidade e racionalidade ao sistema de saúde, de modo a efetivar o papel dos profissionais da APS como coordenadores do cuidado. Logo, conhecer, identificar e analisar dispositivos facilitadores e barreiras à coordenação do cuidado em territórios regionais, em um cenário de conformação de redes que requerem articulação intermunicipal, pode sinalizar alguns caminhos para a consecução de acesso mais oportuno e de qualidade no SUS.

O desenvolvimento do estudo em três cenários foi viabilizado por meio de financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento

Científico e Tecnológico (CNPq), Edital Universal 14/2011 (Processo: 479451/2011-7, Faixa C de financiamento) e apoio das Instituições de Ensino Superior envolvidas: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e Universidade Federal Fluminense (UFF).

Diante da complexidade para a investigação e compreensão dos elementos constitutivos da coordenação do cuidado em redes regionalizadas, foram utilizadas estratégias metodológicas que combinaram abordagens qualitativas e quantitativas – os chamados “métodos mistos”. (GREENE, 2007)

Este capítulo contempla, por conseguinte, a descrição dos aspectos metodológicos no que se refere aos cenários da pesquisa em seus múltiplos casos, os distintos instrumentos e técnicas de investigação, o desenho da amostra, bem como, o tratamento e a análise dos resultados.

## Estudos de caso: a complexidade do objeto de investigação

O estudo de caso se configura como estratégia de pesquisa utilizada quando o foco da investigação encontra-se em fenômenos sociais complexos, inseridos em algum contexto da realidade e sobre o qual o pesquisador tem pouco controle (YIN, 2005). Além disso, Yin (2005) destaca três pontos que o caracterizam: a) investiga fenômenos contemporâneos e questões contextuais; b) utiliza várias fontes de evidência; c) beneficia-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta de dados.

Para Hartz (1999, p. 344) “os estudos de caso (*case-study research*), com múltiplos níveis de análise imbricados são fortemente recomendados dado que o objeto de investigação é de grande complexidade, a tal ponto que o fenômeno de interesse não se distingue facilmente das condições contextuais, necessitando informações de ambos”.

Posto que o estudo de caso caracteriza-se pelas diversas fontes de evidências, decidiu-se, pela utilização de diferentes técnicas de coleta de informações e posterior triangulação dos métodos. Para Spink (1999, p. 87)

[...] a combinação de métodos heterogêneos permite trazer à baila resultados contrastantes ou complementares que possibilitam uma visão caleidoscópica do fenômeno em estudo, constitui-se em um dos caminhos de busca de credibilidade científica.

De acordo com Greene (2007), o objetivo maior para utilização dos métodos mistos (*mixed methods*) na investigação social é melhorar a compreensão dos fenômenos estudados, que são complexos e multifacetados. Podendo ser utilizado, entre outros, com o propósito de triangulação e complementaridade de dados coletados por diferentes lentes ou perspectivas acerca de dado fenômeno social, aumentando a validade interna do estudo e diminuindo as interferências/vieses (*offsetting biases*) em pesquisas que buscam compreender diferentes facetas de um fenômeno complexo.

Ressalta-se que o uso da triangulação exige a combinação de múltiplas estratégias de pesquisa capazes de apreender as dimensões qualitativas e quantitativas do objeto, de modo a atender aos requisitos do método qualitativo, ao garantir a representatividade e a diversidade de posições dos grupos sociais que formam o universo da pesquisa, e do método quantitativo, ao propiciar o conhecimento da magnitude, cobertura e eficiência do programa sob estudo. (GARNELLO, 2006)

Neste sentido, combinaram-se diferentes técnicas e instrumentos de coleta, como: inquéritos (KLEIN; BLOCH, 2003), entrevista semiestruturada (MINAYO, 2005), grupo focal (BARNOUR, 2009) e observação não participante. (FLICK, 2009)

## *Os múltiplos casos*

Segundo Yin (2005) o estudo de caso pode ser de caso único ou casos múltiplos. Esta investigação se classifica como estudo de casos múltiplos, por incluir diferentes unidades de análise, ou mais de um caso. O planejamento e os métodos para sua realização incorporaram tanto metodologia de abordagem quantitativa quanto qualitativa, por meio de diversas fontes de informação, convergentes em relação ao objeto de estudo. No campo da análise de sistemas, políticas e serviços de saúde a realização de estudos de caso de determinado programa implica conhecer o contexto mais geral no qual se insere e incorporar as perspectivas dos diversos atores envolvidos (*stakeholders*).

O estado da Bahia está dividido em 28 Regiões de Saúde de acordo com a resolução CIB nº 275/2012. (BAHIA, 2012) Para o estudo foram selecionadas as Regiões de Saúde de Feira de Santana (Figura 1), Vitória da Conquista (Figura 2) e Santo Antônio de Jesus (Figura 3), pertencentes, respectivamente, às Macrorregiões Centro-Leste, Sudoeste e Leste, visando analisar a atuação das EqSF na coordenação do cuidado em rede regionalizada de serviços de saúde.

As três Regiões de Saúde correspondem à localização de três Instituições de Ensino Superior envolvidas na pesquisa – UEFS, UFBA e UFRB – e que, por conseguinte, justificou a intencionalidade da escolha, com o objetivo de conhecer e contribuir com as políticas locais e envolver pesquisadores dessas instituições.

Conforme Plano Estadual de Saúde (BAHIA, 2009) e de acordo com informantes-chave da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), as três regiões possuem concentração de serviços de diferentes densidades tecnológicas, o que permitiria a conformação de uma rede de assistência regional. Os estudos de caso foram realizados nas sedes das regiões de saúde, sendo que, duas delas, Feira de Santana e Vitória da Conquista, são, também, as duas maiores cidades do interior baiano.

Tabela 1 – População residente por Região de Saúde, segundo Macrorregiões de Saúde selecionadas: Centro-Leste, Sudoeste e Leste, 2012

Região	Centro-Leste	Sudoeste	Leste	Total
Feira de Santana ®	1.087.975(28)	-	-	
Itaberaba	245.203 (14)	-	-	2.119.433 (72)
Seabra	177.236 (11)	-	-	
Serrinha	609.019 (19)	-	-	
Brumado	-	400.877 (21)	-	
Guanambi	-	434.037 (21)	-	1.713.082 (73)
Itapetinga	-	240.754 (12)	-	
Vitória Conquista ®	-	637.414 (19)	-	
Camaçari	-	-	546.018 (6)	
Cruz das Almas	-	-	252.910 (9)	4.431.966 (48)
Salvador ®	-	-	3.190.09 (10)	
Santo Antônio de Jesus	-	-	442.939 (23)	
<b>Total</b>				

Fonte: Bahia (2013) e IBGE (2010).

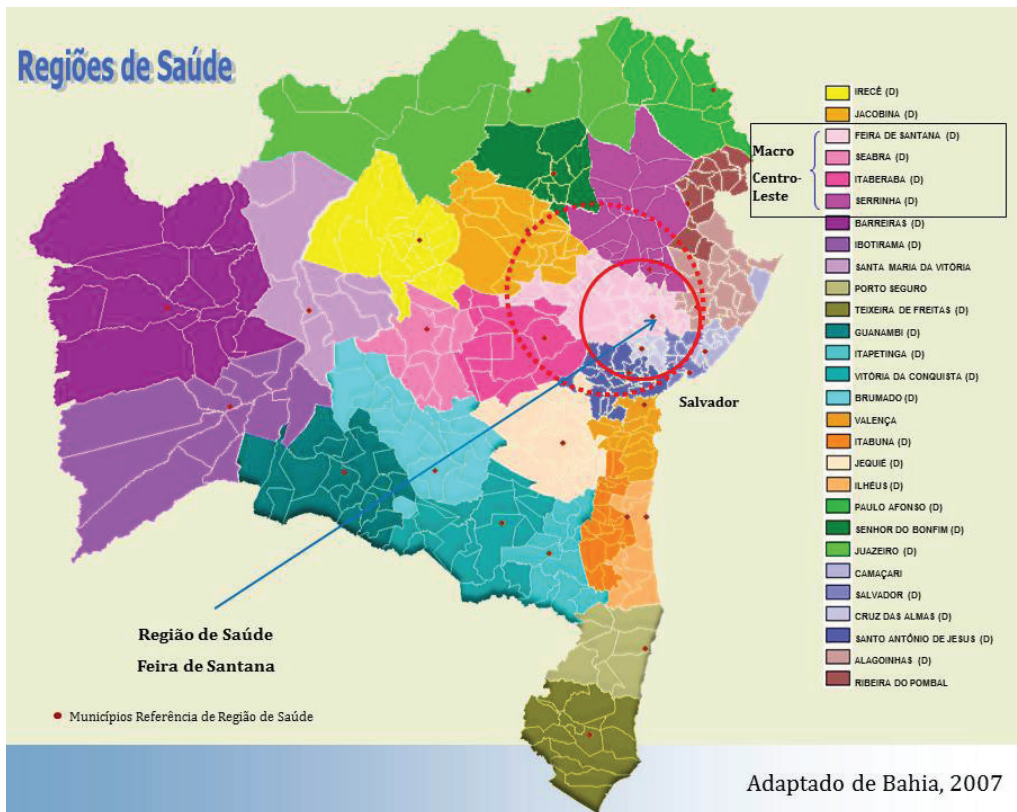
Nota 1: ® Sede/referência de Macrorregião. Nota 2: (x)=n° de municípios de cada Região de Saúde.

A Macrorregião Centro-Leste possui 2.119.433 habitantes, distribuídos em 72 municípios, sendo que 20,5 % deles têm menos de 10 mil habitantes e 67% estão na faixa de 10 a 50 mil habitantes. Está subdividida em quatro regiões de saúde e abrange cinco Diretorias Regionais de Saúde (Dires):<sup>1</sup> Feira de Santana (28 municípios), Itaberaba (14 municípios), Seabra (11 municípios) e Serrinha (19 municípios). (BAHIA, 2012) Em 2011, por meio da Lei complementar n°35 de 6 de julho, foi criada a Região Metropolitana de Feira de Santana (RMFS) que concentra mais de 672 mil habitantes. (BAHIA, 2011)

<sup>1</sup> Em dezembro de 2014, foi publicada a Lei Estadual N° 13.204 que dentre outras modificações na estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo Estadual, determina a extinção das Diretorias Regionais de Saúde (Dires) e a criação dos Núcleos Regionais de Saúde (NRS). Os NRS, em substituição às Dires, terão como finalidade acompanhar as atividades de regulação e de vigilância sanitária, bem como as ações relativas à Coordenação de Monitoramento de Prestação de Serviços de Saúde, à Central de Aquisições e Contratações da Saúde e à Corregedoria da Saúde, contribuindo para o fortalecimento da gestão junto aos Municípios. (BAHIA, 2014)

A população de Feira de Santana é de 568.099 habitantes, sendo o segundo maior município do estado. (BAHIA, 2012) O Sistema Municipal de Saúde é constituído por instituições públicas, além de estabelecimentos filantrópicos e privados conveniados ao SUS.

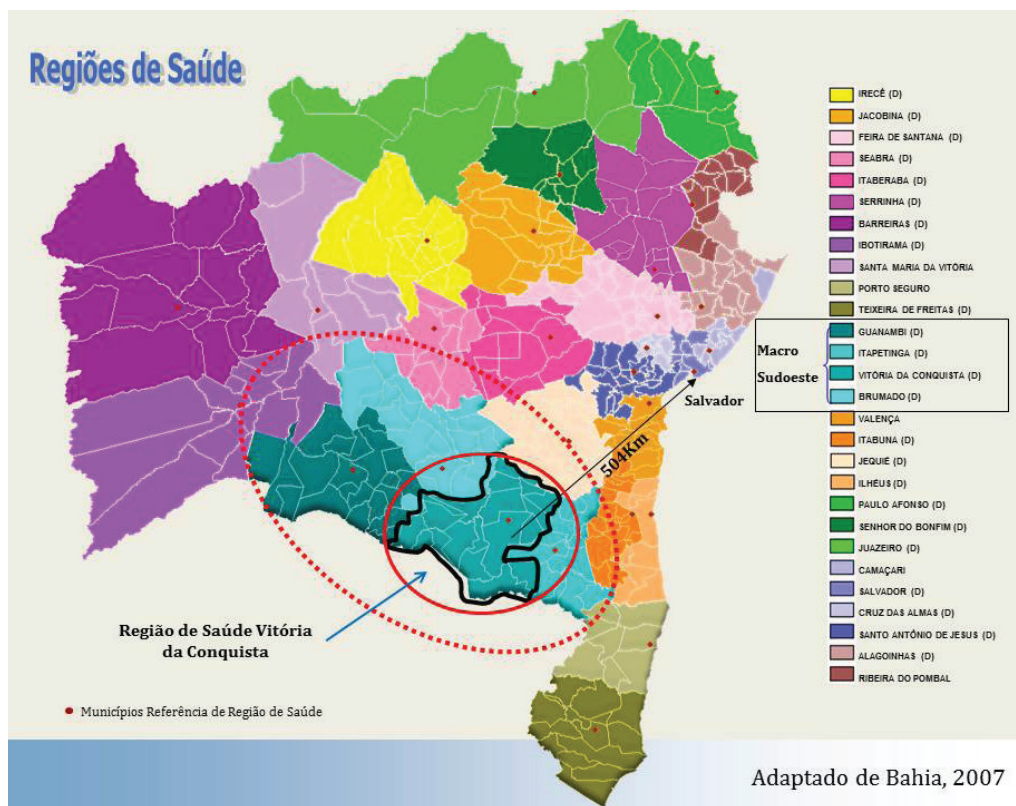
Figura 1 – Região de Saúde de Feira de Santana e Macrorregião Centro-Leste



A Macrorregião Sudoeste possui 1.713.082 habitantes, distribuídos em 73 municípios, sendo, que 13,7 % destes têm menos de 10 mil habitantes e 80,8% estão na faixa de 10 a 50 mil habitantes. Essa macrorregião está subdividida em quatro regiões de saúde e abrange seis Dires: Brumado (21 municípios), Guanambi (21 municípios), Itapetinga (12 municípios) e Vitória da Conquista (19 municípios). Em Vitória da Conquista, município polo de macrorregião, concentra-se 315.884 habitantes e encontra-se serviços de média e

alta densidade tecnológica. (BAHIA, 2012) Por conta de fazer fronteira com o Norte de Minas Gerais, uma das regiões mais carentes do Brasil, a Macrorregião Sudoeste recebe muitos usuários oriundos de municípios mineiros, o que também impõe a necessidade de implementação de eficientes processos regulatórios e melhoria da capacidade instalada de serviços de média e alta densidade tecnológica.

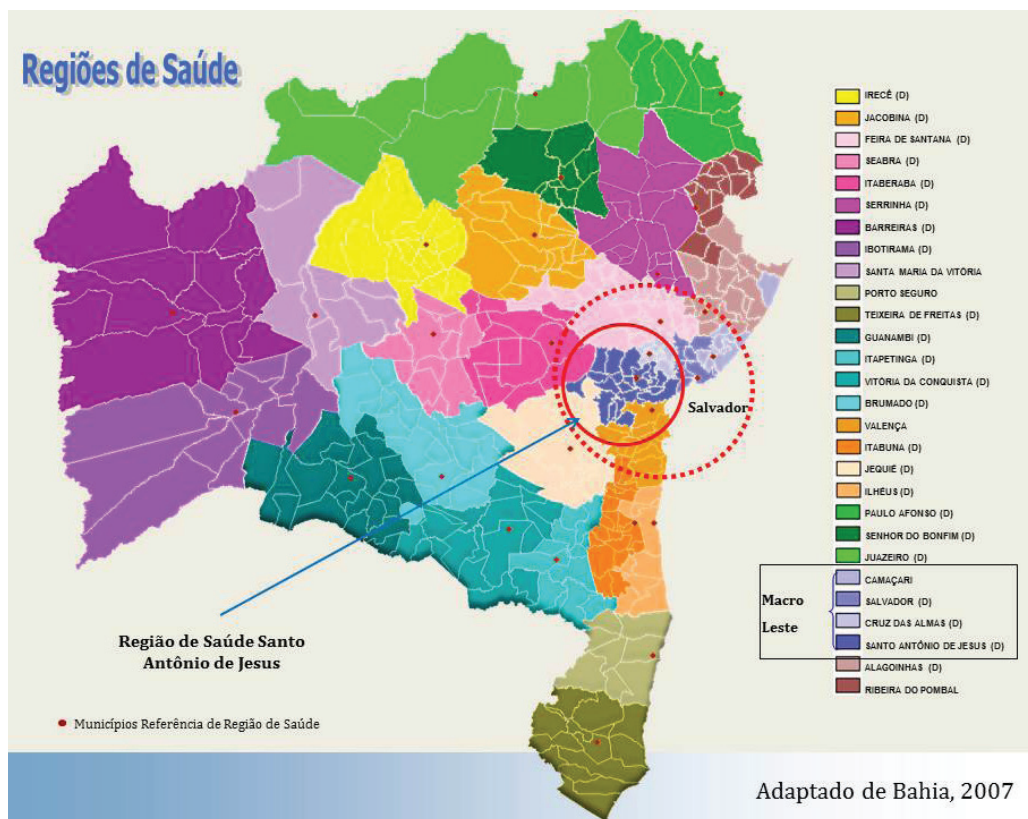
Figura 2 – Região de Saúde de Vitória da Conquista e Macrorregião Sudoeste



A Macrorregião Leste possui 4.431.966 habitantes, distribuídos em 48 municípios, sendo que 14,5 % destes têm menos de 10 mil habitantes e 66,6% estão na faixa de 10 a 50 mil habitantes. Está subdividida em quatro regiões de saúde e abriga quatro Dires: Camaçari (6 municípios), Cruz das Almas (9 municípios), Salvador (10 municípios) e Santo Antônio de Jesus (23 municípios). Salvador por ser sede

da macrorregião e capital do estado, além de historicamente concentrar uma diversidade de serviços públicos de média e alta densidade tecnológica, incluindo urgência e emergência, atrai um grande fluxo de pessoas de diferentes regiões de saúde do estado (regulados ou não) em busca de assistência à saúde.

Figura 3 – Região de Santo Antônio de Jesus e Macrorregião Leste



Em 2012, 269 municípios da Bahia haviam aderido ao Pacto pela Saúde, dos quais 70 deles com Comando Único, ou seja, se comprometeram com a gestão plena do sistema de saúde no seu território. (BAHIA, 2012) Dentre os três casos em estudo, apenas Santo Antônio de Jesus não havia assinado o Pacto de Gestão no período de realização da pesquisa, porém todos já assumiam a Gestão Plena do Sistema de Saúde.

Para melhor caracterização dos cenários, destaca-se a seguir, os municípios que se configuraram como campo deste estudo.



A Tabela 2 apresenta alguns indicadores sociodemográficos selecionados e sistematizados a partir dos dados do IBGE.

Tabela 2 – Indicadores sociodemográficos dos municípios de Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus e Vitória da Conquista, Bahia, 2010

INDICADOR	FEIRA DE SANTANA	SANTO ANTÔNIO DE JESUS	VITÓRIA DA CONQUISTA
Habitantes	568.099*	93.077*	315.884*
Densidade demográfica	416,03 hab/km <sup>2</sup>	348,14 hab/ km <sup>2</sup>	91,41 hab/km <sup>2</sup>
Área	1.337,993km <sup>2</sup>	261.348 km <sup>2</sup>	3.704,018 km <sup>2</sup>
Estabelecimentos de Saúde SUS	149	47	238
Taxa de analfabetismo >15 anos	9,1%	16,9%	19,8%
PIB per capita (valor médio)	R\$15.199,91 (2012)	R\$12.313,81 (2012)	R\$12.522,46 (2012)
Incidência de Pobreza	36,1%	42,9%	39,1%
IDH-M	0,712	0,700	0,678
Saneamento adequado	53%	62,6%	56,8%

Fonte: IBGE (2010).

\*Dados do Plano Diretor de Regionalização da Bahia (2012).

Assim, o estudo de caso em cenários distintos teve a intenção de adensar conhecimento sobre a coordenação do cuidado por EqSF e reunir evidências sobre sua pertinência e conformação como dispositivo para produção do cuidado em territórios regionais.

## Reunindo evidências: técnicas e instrumentos

Para a realização da pesquisa, decidiu-se pela utilização de diferentes técnicas e instrumentos para a busca de evidências que permitissem a aproximação do objeto e a compreensão do contexto: entrevistas semiestruturadas; grupo focal; observação nos espaços das Comissões Intergestoras Regionais (CIR); questionários e desenho de amostra; e pesquisa documental.

## Entrevistas semiestruturadas

Dentre as diferentes técnicas de entrevista, a semiestruturada foi escolhida porque “ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação”. (TRIVIÑOS, 2009, p. 146)

Nessa óptica, foram elaborados roteiros que nortearam as entrevistas e que se basearam nas questões e objetivos da investigação. A descrição e análise das estratégias para fortalecimento da capacidade de coordenação da APS em redes regionalizadas empreendidas pela gestão municipal, estadual e regional de saúde foram realizadas com base em resultados de 31 entrevistas semiestruturadas com sujeitos-chave das três instâncias – Secretaria Estadual de Saúde da Bahia identificados nas falas apresentadas nos Capítulos 6, 7 e 8 pela sigla (GE), instâncias regionais (Dires e CIR) (GR), e das Secretarias Municipais de Saúde (GM) responsáveis pela gestão de diferentes pontos do sistema de saúde (Tabela 3).

Tabela 3 – Gerentes e gestores estaduais, regionais e municipais entrevistados, 2011–2012

ENTREVISTADOS	QUANTIDADE
Secretário de Saúde	4
Diretoria Regional de Saúde Dires (direção, gestor ou apoiador da Atenção Básica à Saúde)	6
Gestor da Atenção Básica à Saúde	4
Gestor de Atenção Especializada e/ou Regulação	7
Gestor de Regulação de Leitos	1
Diretoria de Gestão do Cuidado	1
Diretoria de Regulação da Assistência à Saúde	1
Gestor de Hospital Regional	1
Diretoria de Programação e Desenvolvimento da Gestão Regionalizada	1
Gestor de Urgência e Emergência	1
Membro da CIR	4
Total	31

Fonte: Almeida e Santos (2014).

As entrevistas nos municípios de Feira de Santana e Santo Antônio de Jesus foram realizadas de maio a novembro de 2012. Destaca-se, por sua vez, que, em Vitória da Conquista,<sup>2</sup> as entrevistas ocorreram de outubro de 2011 a fevereiro de 2012.

O conteúdo dos roteiros referentes à coordenação do cuidado em redes regionalizadas abordou questões como posição da Estratégia Saúde da Família (ESF) na rede assistencial; integração à rede de serviços de saúde (acesso a consultas especializadas, aos serviços de apoio à diagnose e terapia, à atenção hospitalar e acesso aos serviços de urgência e emergência), atividades de coordenação realizadas por EqSF, utilização de instrumentos para continuidade informacional e iniciativas para aumentar a resolubilidade das equipes.

As entrevistas foram gravadas, após autorização dos participantes, e realizadas em locais agendados previamente. Os entrevistados, a partir do roteiro semiestruturado, tiveram total liberdade para discorrer sobre a temática proposta. Os roteiros foram adaptados em função da especificidade do gestor entrevistado.

### *Grupo Focal<sup>3</sup>*

Para compor a coleta de dados, somente na Região de Saúde de Vitória da Conquista, optou-se, também, pela inclusão da técnica denominada de Grupo Focal.

De acordo com Macedo (2004, p. 178), “[...] trata-se de um recurso de coleta de informações organizado a partir de uma discussão coletiva, realizado sobre um tema preciso e mediado por um animador-entrevistador ou mesmo mais de um”. Tal opção justifica-se por suas aplicações: a) indicadas para pesquisas sociais e investigações em profundidade; b) análises por triangulação, validação de dados, ou empregados depois de processos de intervenção, para o estudo de

<sup>2</sup> Algumas entrevistas no cenário de Vitória da Conquista foram realizadas como parte da tese de doutorado de um dos autores (SANTOS, 2013) e utilizadas, também, para a análise neste estudo.

<sup>3</sup> A utilização dessa técnica no cenário de Vitória da Conquista justifica-se, pois o coordenador de campo realizou tese de doutorado utilizando os dados dessa Região de Saúde e buscou trabalhar outras técnicas no processo de pesquisa.

impacto destes; c) para compreender diferenças e divergências, contraposições e contradições.

Foi elaborado um roteiro com questões orientadoras a partir das quais os diferentes grupos focais realizados com trabalhadores da ESF (4 grupos), usuários da ESF (4 grupos) e gestores (1 grupo) discutiram os fluxos e contrafluxos na rede de serviços de saúde, sinalizando os percursos e interdições pertinentes ao itinerário assistencial, buscando-se identificar as estratégias utilizadas para uma possível coordenação do cuidado.

### *Observação e acompanhamento das reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR)*

A CIR é um foro privilegiado para a negociação, pactuação, planejamento e avaliação da gestão das políticas de saúde entre gestor estadual e gestores municipais. Trata-se de instância colegiada, de âmbito regional, vinculada à Secretaria da Saúde do Estado da Bahia para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), tendo como finalidade pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços integrados em redes de atenção à saúde para o conjunto dos municípios correspondentes à Região de Saúde da sua abrangência. (BAHIA, 2012)

Segundo Viana, Lima e Ferreira (2010) tais colegiados/comissões atuam na governança regional, sendo uma instância de cogestão, de modo que a estruturação das redes de atenção deve ser pactuada nesses espaços, onde gestores, por meio de um processo decisório, podem superar os desafios e avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde, identificando problemas, definindo prioridades e soluções para a organização das mesmas.

As observações e análise das atas foram guiadas pelo objetivo principal do estudo, qual seja, identificar os temas mais recorrentes nas reuniões, indicando as prioridades em saúde e os processos de negociação, sobretudo referente à construção de redes regionalizadas para garantia de atendimento integral em saúde e as possíveis

estratégias e ações para fortalecimento da APS na região. Foram realizadas observações e análise das atas das reuniões da CIR de Santo Antônio de Jesus,<sup>4</sup> no ano de 2012, e Vitória da Conquista,<sup>5</sup> de outubro de 2011 a março de 2012.

### *Questionários e desenho da amostra*

As percepções dos profissionais sobre as estratégias empreendidas para fortalecer a ESF e para integrá-la a rede foram examinadas com base em estudo transversal que se caracteriza pela observação direta de determinado número de indivíduos em uma única oportunidade e cujo recurso de medida, geralmente, é o questionário. (KLEIN; BLOCH, 2003)

Foram utilizados questionários autoaplicáveis ao universo de médicos e enfermeiros nos municípios sede das Regiões de Saúde selecionadas. O instrumento de pesquisa utilizado foi adaptado de estudo coordenado por Giovanella, Escorel e Mendonça (2008) denominado “Avaliação da implementação da Estratégia Saúde da Família em grandes Centros Urbanos”. No instrumento foram abordadas questões como perfil do profissional, inserção e capacitação na ESF, organização do trabalho da EqSF, e coordenação e integração na rede de serviços de saúde.

Segundo dados do Departamento de Atenção Básica, em 2012, os três municípios selecionados contavam, em outubro de 2012, com um total de 143 Equipes de Saúde da Família implantadas, sendo: 84 em Feira de Santana, 21 em Santo Antônio de Jesus e 38 em Vitória da Conquista. Embora as EqSF sejam compostas por outros trabalhadores, elegemos médicos e enfermeiros, visto serem estes mais diretamente vinculados às atividades que envolvem a coordenação do cuidado.

A aplicação dos questionários junto aos profissionais foi realizada entre os meses de novembro de 2012 a fevereiro de 2013. O traba-

<sup>4</sup> Em Santo Antônio de Jesus o estudo realizado sobre a CIR fez parte de projeto de pesquisa do Programa de Iniciação Científica da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), cujos resultados são apresentados no capítulo 10.

<sup>5</sup> Algumas reuniões observadas na CIR da Região de Saúde de Vitória da Conquista foram anteriores ao início da pesquisa, pois pertencem, também, a uma tese de doutorado. (SANTOS, 2013)

lho de campo envolveu 27 estudantes de graduação da área de saúde da UFRB (7), UFBA (8) e UEFS (12), além de membros da equipe executora e coordenadora do projeto.

Tabela 4 – Questionários aplicados a médicos, enfermeiros e famílias cadastradas por município – 2012/2013

Entrevistados	Feira de Santana	Santo Antônio de Jesus	Vitória da Conquista	Total
Médicos	36	10	28	74
Enfermeiros	70	21	36	127
Famílias	588	430	572	1590
Total	694	461	636	1791

Fonte: Almeida e Santos (2014).

No total foram aplicados 106 questionários em Feira de Santana (36 médicos e 70 enfermeiros), 31 em Santo Antônio de Jesus (10 médicos e 21 enfermeiros) e 64 em Vitória da Conquista (28 médicos e 36 enfermeiros), perfazendo um total de 201 questionários (74 médicos e 127 enfermeiros). A Tabela 5 apresenta a distribuição dos questionários aplicados e perdas por município.

Tabela 5 – Número de questionários previstos e realizados por município, 2012/2013

	QUESTIONÁRIO FEIRA DE SANTANA			
	Previsto	Realizado	Perdas	% Perdas
Famílias	596	588	8	1,34
Médicos	84	36	48	57,14
Enfermeiros	84	70	14	16,66
	SANTO ANTÔNIO DE JESUS			
	Previsto	Realizado	Perdas	% Perdas
Famílias	430	430	0	0
Médicos	21	10	11	52,38
Enfermeiros	21	21	0	0
	VITÓRIA DA CONQUISTA			
	Previsto	Realizado	Perdas	% Perdas
Famílias	576	572	4	0,69
Médicos	38	28	10	26,31
Enfermeiros	38	36	2	5,26

Fonte: Almeida e Santos (2014).

No desenho do estudo estava previsto a aplicação de questionários para a totalidade dos médicos e enfermeiros em atuação em outubro de 2012, mês que antecedeu a entrada em campo, ou seja, 143 médicos e 143 enfermeiros das EqSF. Dos 286 questionários previstos, foram aplicados efetivamente 201, cujas perdas se distribuem de forma desigual entre médicos e enfermeiros. Como se observa na Tabela 5, o maior número de perdas se deu no quantitativo de médicos.

Quanto à amostra de famílias a serem entrevistadas por EqSF, definiu-se: número de famílias definidas pela amostra/pelo número de equipes do município. O informante familiar foi o chefe da família ou cônjuge, entrevistado no domicílio.

Tabela 6 – Variáveis para definição das amostras de famílias usuárias das unidades de saúde da família por município caso, 2012

VARIÁVEIS	FEIRA DE SANTANA	SANTO ANTÔNIO DE JESUS	VITÓRIA DA CONQUISTA
População residente	590.446	88.771	318.904
Famílias cadastradas	115.139	22.545	49.764
Proporção cobertura pop. estimada (%)	51,44	75,84	41,60
Amostra de usuários	596	430*	576
Famílias entrevistadas	596/84= Média 7	430/21= Média 20	576/38= Média 15

Base populacional de cálculo da amostra, ano de 2009.

Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/>>. Acesso em: 1 out. 2013.

\*Exemplo: em SAJ a amostra será de 430 famílias entrevistadas e temos 21 equipes de saúde da família —  $430/21 = 20$  famílias por equipe (duas equipes ficarão com 25 famílias cada).

Foi realizado inquérito de base domiciliar com aplicação de questionários fechados a amostra representativa de famílias cadastradas para conhecer experiências e avaliação dos usuários em relação a: demanda e utilização dos serviços de saúde; conhecimento e utilização da ESF; acesso aos serviços especializados (consultas e exames) e internações hospitalares; satisfação em relação aos serviços prestados pelas EqSF; acompanhamento

de usuários com agravos crônicos e grupos prioritários; e satisfação. Assim como no caso dos profissionais, o questionário utilizado, também, foi adaptado de estudo coordenado por Giovanella, Escorel e Mendonça (2008).

A população de pesquisa foi composta pelos profissionais médicos e enfermeiros de todas as EqSF existentes nos municípios selecionados bem como pelas famílias cadastradas por essas equipes. Para as famílias, o cadastro de seleção derivou do cadastro mantido por cada Agente Comunitário de Saúde selecionado obtido em visita dos pesquisadores de campo às Unidades de Saúde da Família.

Para calcular o tamanho necessário de usuários a serem entrevistados considerou-se na fórmula 1 o percentual de cobertura populacional da EqSF ( $p$ ), segundo o Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica (BRASIL, 2011), assumindo um nível de confiança de 95% ( $z^2$ ) [representado pelo valor 1,96, da abscissa da distribuição normal (0;1)] e uma precisão de 4% ( $p - \pi$ )<sup>2</sup>.

$$1) \quad n' = \frac{p \cdot (1 - p) \cdot z^2}{(p - \pi)^2} \qquad 2) \quad n = \frac{n'}{1 + \frac{n'}{N}}$$

Se a população for considerada infinita, basta calcular a fórmula 1. Mas como a população para o estudo é finita, calcula-se 1 e 2. Sendo assim, a fórmula 2 foi usada para a população residente ( $N$ ) para cada município selecionado (Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus e Vitória da Conquista) obtida no site da SESAB para o ano de 2009, visto que no momento do cálculo da amostra estes eram os dados disponíveis da população residente. O número de usuários, supondo uma amostra aleatória simples, foi de 596, 430 e 576 para Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus e Vitória da Conquista, respectivamente, totalizando um tamanho amostral de 1602. Para a seleção dos profissionais médicos e enfermeiros não houve sorteio.

Os usuários foram selecionados por meio de amostragem por conglomerados em três etapas. Após definição das amostras, na primeira etapa foi selecionado o número de usuários por EqSF para cada



município. Por exemplo, no município de Santo Antônio de Jesus foram estimadas 430 famílias, divididas entre as 21 equipes de Saúde da Família existentes em outubro de 2012, totalizando média de 20 famílias por equipe. Na segunda etapa, por amostragem aleatória simples, foi selecionado um Agente Comunitário de Saúde para cada EqSF. Na terceira etapa, foram sorteadas 20 famílias destes ACS, no caso de Santo Antônio de Jesus.

### *Pesquisa Documental*

A escolha dos documentos foi intencional e cobriu o período de 2007 a 2013. Tal período parte da implantação do Pacto pela Saúde e analisa a Política Estadual de Regionalização e a posição da Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado.

Foram selecionados documentos institucionais que abordam o processo de regionalização, constituição de redes de atenção à saúde e APS, buscando identificar e analisar como integração e coordenação estão propostas nas políticas estaduais e regionais.

A pesquisa documental, também, complementou os dados, na perspectiva de compreender o contexto e estabelecer interconexões com outras técnicas de coleta, por meio do entrecruzamento de informações, buscando a triangulação de dados. Dessa forma, os documentos analisados buscaram retratar o contexto político-institucional que se articulou com os objetivos da pesquisa. Nessa perspectiva, foram selecionadas Resoluções, Portarias, Agendas, Notas Técnicas, Relatórios, Plano de Saúde, Atas, como explicitado no quadro abaixo.

A pesquisa documental envolveu duas etapas: organização do material após leitura exploratória para composição de quadro; e, articulação com o material empírico oriundo das entrevistas para discussão dos resultados.

Quadro 1 – Documentos selecionados para a pesquisa documental, 2007–2010

DOCUMENTO	INSTÂNCIA
Plano Estadual de Saúde	SESAB – Coordenação de Projetos Especiais (COPE)
Plano Plurianual (Eixo Saúde)	Casa Civil
Relatórios de Gestão da Saúde Estadual	SESAB – GASEC
Plano Diretor de Regionalização	SESAB
Agenda Estratégica da Saúde	SESAB
Portarias	SESAB
Notas Técnicas	SESAB – Diretoria de Atenção à Saúde
Resoluções CIB	CIB
Atas	CIB/CIR
Relatório Anual de Saúde	Municípios envolvidos

Nota: Foram analisados apenas os aspectos pertinentes à pesquisa.

## Dificuldades e desafios

Com base na experiência de campo dos entrevistadores registrada em seus respectivos diários, destacam-se a seguir as principais dificuldades e desafios encontrados para a realização do estudo, sobretudo, em função de variáveis contextuais, como, por exemplo, as eleições municipais ocorridas ao final de 2012, cujas consequências para a investigação são menos importantes frente aos prováveis efeitos na atenção prestada à população e na vida profissional dos trabalhadores da saúde.

Como pensar em cuidado coordenado por equipes de Saúde da Família em um cenário, no qual, profissionais são demitidos e remanejados em função dos resultados das eleições municipais? A insegurança e instabilidade provocadas pelos pleitos foram sentidas mais fortemente nos municípios de Feira de Santana e Santo Antônio de Jesus, nos quais houve mudanças no executivo municipal.

As eleições provocaram tensão e expectativa por quem seria o novo governante, com impactos significativos na organização dos serviços municipais e em toda região de saúde no período pós-eleito-

ral. Segundo informações dos pesquisadores de campo em Santo Antônio de Jesus, registradas nos respectivos diários de campo, diante da ausência de alguns profissionais nas EqSF, aqueles que permaneciam não sabiam informar se o trabalhador ausente havia sido demitido ou se pedira demissão.

No caso de Feira de Santana, por exemplo, a totalidade de profissionais que compõe a Estratégia Saúde da Família é contratada por meio de cooperativa com vínculos precários e/ou por indicação política. Durante a realização do trabalho de campo havia grande quantitativo de médicos em gozo de férias e licença por motivo de doença, o que justificou em parte o número de perdas. A precariedade e instabilidade dos vínculos trabalhistas podem, também, ter influenciado a participação no estudo, visto que, segundo relato dos entrevistadores de campo, muitos profissionais se sentiam vulneráveis e recusavam-se a participar.

No caso dos questionários autoaplicados para os profissionais das EqSF, nos três municípios, foram acordadas datas para entrega dos instrumentos respondidos que, na maior parte dos casos, não foram cumpridas, acarretando maior investimento de tempo e recursos financeiros em função do número não previsto de retorno às unidades de saúde.

As frequentes pesquisas realizadas pelas diversas Instituições de Ensino Superior, nos três municípios, e a falta de retorno dos resultados, também, foram considerados fatores desmotivadores para a participação dos profissionais de saúde: *“Várias pesquisas são feitas na unidade, mas nem equipe, nem os usuários recebem retorno”*. (enf./EqSF, SAJ, 2012)

Em relação à aplicação dos questionários às famílias, o principal problema identificado para a realização do trabalho de campo foi a desatualização dos cadastros, com endereços incompletos, famílias que já haviam se mudado, entre outros, o que explica também as pequenas perdas sofridas na amostra de famílias cadastradas. De forma geral, os Agentes Comunitários de Saúde foram bastante colaborativos e importantes para a localização das famílias entrevistadas.

## Organização e análise dos resultados

Os resultados quantitativos e qualitativos foram organizados com base em três níveis para análise da coordenação do cuidado em Regiões de Saúde: Nível I – Político – institucional, Nível II – Organizacional e Nível III – Práticas em serviços de saúde (Quadro 2). Salientamos que os resultados são apresentados com base na matriz de análise, incorporando critérios/indicadores dos três níveis, confrontando a percepção dos diversos sujeitos envolvidos no estudo para análise da coordenação do cuidado, entretanto, os resultados são apresentados em síntese narrativa sem análise específica de todos os critérios listados na matriz.

As informações das distintas técnicas foram trianguladas para responder às perguntas de investigação, buscando articular a perspectiva de gestores, profissionais das equipes (médicos e enfermeiros) e famílias, além de traçar uma análise comparada entre os três casos.

Todos os dados quantitativos resultantes dos estudos transversais foram codificados e computados no Epidata, *software* de domínio público utilizado para entrada e documentação dos dados. Para a análise descritiva empregou-se o *Epidata Stat*, *software* de domínio público gerenciador de banco de dados e pacote estatístico. (LAURITSEN; BRUUS; MYAT, 2002)

Os dados qualitativos foram agrupados por dimensões e categorias definidas *a priori* para descrever e analisar as estratégias e o papel de coordenação do cuidado por EqSF em redes regionalizadas. O tratamento dos resultados qualitativos foi orientado pela análise de conteúdo temática, complementado por documentos. Nesse aspecto, Minayo (2004) enfatiza que entre as possibilidades de categorização no campo da saúde a mais utilizada é a análise de conteúdo temática, consistindo em isolar temas de um texto e extrair as partes utilizáveis, de acordo com o objeto pesquisado, para permitir comparação com outros textos escolhidos da mesma maneira.

Quadro 2 – Matriz para análise da coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde em Região de Saúde

DIMENSÃO	NÍVEL POLÍTICO- INSTITUCIONAL CRITÉRIOS/INDICADORES	NÍVEL ORGANIZACIONAL – CRITÉRIOS/INDICADORES	NÍVEL DAS PRÁTICAS – CRITÉRIOS/INDICADORES
<b>Organização da ESF</b>	<p>Estratégia estadual de incentivo e fomento para expansão da cobertura e adequação da ESF na Bahia</p> <p>Estratégia estadual de incentivo e fomento para adequação da estrutura física e gerencial da USF/UBS nos municípios</p>	<p>Metas regionais de expansão da cobertura e fortalecimento da ESF</p> <p>Adequação das USF para as ações da EqSF na região</p> <p>Informatização e conexão à rede em banda larga das USF</p> <p>Incentivo financeiro ao gerenciamento das USF</p> <p>Nº de municípios com PMAQ</p>	<p>Nº de pessoas cadastradas por EqSF</p> <p>Equipe mínima completa na USF</p> <p>Cumprimento da carga horária por médicos das EqSF</p> <p>ACS para cobrir todas as microáreas</p> <p>Atividades gerenciais compartilhadas por diferentes profissionais da EqSF</p> <p>Número de EqSF cadastradas no PMAQ na região</p> <p>Atendimento e acomodação do usuário na recepção da USF</p>
<b>Abrangência e resolutividade</b>	<p>Estratégias para ampliação do escopo de atuação da ESF</p> <p>Estratégia para aumento de resolutividade da EqSF</p>	<p>Incorporação de outros profissionais às EqSF na região</p> <p>Incorporação de equipamentos e insumos à USF para aumento de adensamento tecnológico</p> <p>Incentivos à realização de atividades extra-USF</p> <p>Incentivo ao apoio institucional</p> <p>Incentivos para qualificação profissional e adensamento tecnológico das USF</p>	<p>Competência clínica exigida e suporte tecnológico disponível para EqSF</p> <p>Incentivo financeiro ou outras formas de incentivos para alcance de metas pactuadas (resultados) para EqSF</p> <p>Acesso de usuários em turnos distintos e dias de não funcionamento da USF</p> <p>Critério de priorização de necessidades independente da ordem de chegada</p> <p>Existência de apoio matricial às EqSF</p>

<p><b>Oferta de serviço na rede</b></p> <p>Principal propriedade dos prestadores de serviço para atenção especializada</p> <p>Estratégia para oferta de transporte sanitário</p> <p>Estratégia para oferta especializada, com escala e escopo adequados</p> <p>Estratégia para fortalecer a rede própria (pública) de serviços especializados na região</p>	<p>Existência de estabelecimento de pronto-atendimento em dias e horários que a ESF não funcione e faça a devida referência à APS</p> <p>Critérios para priorização dos serviços especializados</p> <p>Existência de centro de especialidades público para atender a demanda regional</p> <p>Oferta de leitos públicos hospitalares para região</p>	<p>Formas e fluxos usados para acessar os diferentes pontos da rede pública, em tempo oportuno</p> <p>Disponibilidade na oferta de vagas no centro de especialidades público que o tornam principal prestador</p> <p>Mecanismo usado pela EqSF para marcação de consultas e exames especializados na região</p>
<p><b>Coordenação do cuidado</b></p> <p>Estratégias para garantir que a referência via EqSF seja requisito para acessar os demais níveis/pontos da rede</p> <p>Estratégia de uso de sistemas de informação integrados e compartilhados entre os variados pontos da rede na região de saúde</p> <p>Estratégia para incentivar que o cuidado ao usuário seja acompanhado pela EqSF em todos os níveis de atenção e permaneça sob sua responsabilidade ao longo do tempo</p>	<p>Existência e funcionamento de central de regulação e marcação de consultas e exames especializados</p> <p>Critérios para valorização do papel de filtro da EqSF na rede</p> <p>Existência e uso de instrumentos de referência e contrarreferência</p> <p>Monitoramento das filas de espera para atenção especializada e mecanismo para sua redução</p> <p>Existência de fluxo formalizado para acesso (linha do cuidado) à atenção especializada</p> <p>Existência e uso de prontuário eletrônico na USF</p>	<p>Critérios para encaminhamentos para acessar as consultas especializadas na região via EqSF</p> <p>Profissionais dos demais pontos da rede reconhecem/respeitam o papel de filtro da EqSF</p> <p>Garantia da consulta de retorno à USF após realização de consulta em outro ponto da região</p> <p>Uso de protocolos clínicos pelas EqSF</p> <p>Monitoramento de lista de espera para consulta e exames especializados</p> <p>Uso de instrumentos de referência e contrarreferência entre EqSF e outros serviços da região de saúde</p> <p>População reconhece a EqSF como referência habitual e usa a USF para o atendimento da maioria das necessidades de saúde</p> <p>Formas de acompanhamento de usuários durante a internação</p>

Fonte: Almeida e Santos (2014).

## Algumas considerações éticas

O estudo atendeu aos princípios e diretrizes da Resolução 466/12 (BRASIL, 2012), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regula os critérios para a execução de pesquisas envolvendo seres humanos e preserva os direitos e deveres da comunidade científica e dos sujeitos envolvidos. O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Maria Milza, por meio do parecer nº 323/2011. Também foi submetido e autorizado pelas Secretarias Municipais de Saúde dos cenários.

Considerando as entrevistas, o grupo focal e os questionários como as técnicas de coleta utilizadas para a realização deste estudo que envolveu seres humanos, todos os participantes foram convidados e o aceite foi registrado mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a permissão para gravação e utilização das informações com respeito ao anonimato.

## Referências

ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M. *Relatório de pesquisa: o papel da atenção primária à saúde na coordenação dos cuidados em redes regionalizadas em Regiões de Saúde da Bahia*. Brasília: CNPq, 2014.

ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, p. 286–98, 2010;

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). *Care Coordination Measures Atlas*. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/qual/careatlas/careatlas.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2012.

BAHIA. *Lei Complementar 35/11. Lei Complementar nº 35 de 06 de julho de 2011*. Disponível em: <<http://governo-ba.jusbrasil.com.br/legislacao/1028289/lei-complementar-35-11>>. Acesso em: 7 mar. 2015.

BAHIA. *Lei nº 13.204 de 11 de dezembro de 2014*. Modifica a estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo Estadual e dá outras providências. Disponível em: <<http://www1.saude.ba.gov.br/>>

mapa\_bahia/docs/LEI%20N%C2%BA%2013.204%20DE%2011%20DE%20  
DEZEMBRO%20DE%202014.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2015.

BAHIA. Plano Estadual de Saúde 2012–2015. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 36, supl. 1, dez. 2012.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. *Plano Diretor de Regionalização do Estado da Bahia*. Disponível em: <[http://www1.saude.ba.gov.br/mapa\\_bahia/](http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/)>. Acesso em: 20 abr. 2013.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. *Dados de 2009*. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/>>. Acesso em: 1 out. 2013.

BARBOUR, R. *Grupos focais*. Porto Alegre: Artmed, 2009. (Coleção Pesquisa Qualitativa).

BOERMA, W. G. W. Coordination and Integration in European primary care. In: SALTMAN, R. S.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. (Ed.). *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Berkshire: Open University Press, 2007. p. 3–21.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretoria de Atenção Básica. *Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica*. CAMAB. 2011. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/dab/index.php?option=com\\_content&view=article&id=450&catid=17&Itemid=145](http://www.saude.ba.gov.br/dab/index.php?option=com_content&view=article&id=450&catid=17&Itemid=145)>. Acesso em: 01 out. 2013.

BYNUM, J. P. W.; ROSS, J. S. A measure of Care Coordination? *J. Gen. Intern. Med.*, v. 28, n. 3, p. 336–8, 2012.

CECÍLIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, p. 545–55, 2009. Suplemento 1.

FAUSTO, M. C. R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ–AB. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 34–52, 2014.

FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GARNELO, L. Resenha do livro Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1115–1117, 2006.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M. H. M. *Estudo de caso sobre implementação da Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos*. Relatório Final. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.



- GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 783–794, 2009.
- GREENE, J. C. *Mixed methods in social inquiry*. San Francisco: Wiley Imprint, 2007.
- HAGGERTY, J. L. et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, n. 327, p. 1219–1221, 2003.
- HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, p. 341–53, 1999.
- HOFMARCHER, M. M.; OXLEY, H.; RUSTICELLI, E. *Improved Health System Performance Through Better Care Coordination*. Paris: OECD, 2007.
- IBGE. Censo demográfico 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 7 mar. 2015.
- IBGE. *IBGE Estados@*. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ba>>. Acesso em: 02 out. 2012.
- IBGE. *IBGE Cidades@*. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 11 jul. 2014.
- KLEIN, C. H.; BLOCK, K. V. Estudos Seccionais. In: MEDRONHO, R. A. (Org.). *Epidemiologia*. São Paulo: Editora Atheneu; 2003. p.125–150.
- LAURITSEN, J. M.; BRUUS, M.; MYATT, M. A. An extended tool for validated dataentry and documentation of data. Odense Denmark: The EpiData Association, 2002. versão 2.1. Portuguese version by João Paulo Amaral Haddad.
- MACEDO, R. S. *A etnopesquisa crítica e multirreferencial nas Ciências Humanas e na educação*. 2. ed. Salvador: Edufba, 2005.
- MINAYO, M. C. S. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.19–51.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- NOLTE, E.; MCKEE, M. Integration and chronic care: a review. In: NOLTE, E.; MCKEE, M. (Ed.). *Caring for people with chronic conditions: a health system*

perspective. Copenhagen: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008. p. 64–91.

NÚÑEZ, R.T.; LORENZO, I. V.; NAVARRETE, M. L. V. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*, v. 20, n. 6, p. 485–95, 2006.

SCHANG, L., WAIBEL, S., THOMSON, S. *Measuring care coordination: health system and patient perspectives*. Report prepared for the Main Association of Austrian Social Security Institutions. London: LSE Health; 2013.

SANTOS, A. M. *Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde*. 2013. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2013.

SPINK, M. J. P. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 1999.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 2009.

VÁZQUEZ, M. et al. Integrated health care organizations: guideline for analysis. *Rev Esp Salud Publica*, v. 79, p. 633–643, 2005.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciência & Saude Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2317–2326, 2010.

WATSON, D. R. et al. *A results-based logic model f: laying an evidence-based foundation to guide performance measurement, monitoring and evaluation*. Vancouver: Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia, 2004. <<http://www.chspr.ubc.ca/files/publications/2004/chspr04-19.pdf>>. Acesso em: 14 Jan/2010.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Trad. Daniel Grassi. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.



# Posição da Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado no município sede de Região de Saúde – o caso de Feira de Santana

---

*Patty Fidelis de Almeida  
Adriano Maia dos Santos  
Silvânia Sales de Oliveira  
Ariadina Heringer  
Davi Félix Martins Júnior*

## Caracterização geral da rede de serviços de saúde

O município de Feira de Santana, localizado na Macrorregião Centro-Leste da Bahia, é sede de uma das quatro regiões de saúde que compõem a referida macrorregião. Conformada por 28 municípios, a região de Feira de Santana abriga uma população de 2.119.433 habitantes e duas Diretorias Regionais de Saúde (Dires), uma em Feira de Santana e outra no município de Mundo Novo. Com 591.707 habitantes, Feira de Santana é o mais importante centro comercial do interior da

Bahia, com a concentração populacional de 91,7% na zona urbana e de 8,3% na zona rural.

Os municípios dessa região apresentam cobertura de 100% de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e alta cobertura por Equipes de Saúde da Família (EqSF) (Tabela 1), sendo Feira de Santana (52,8%) e Ipirá (52,5%) os de menor cobertura. Contudo, vale ressaltar que Feira de Santana é o único município de grande porte na região e possui o maior número absoluto de EqSF (86), de acordo com dados de dezembro de 2012. A grande maioria dos demais municípios, com populações abaixo de 50.000 habitantes, apresenta cobertura de 100% pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

Tabela 1 – Cobertura Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família, municípios da Região de Saúde de Feira de Santana (BA), dezembro, 2012

Município	População	Agentes Comunitários de Saúde		Equipes de Saúde da Família	
		N	%	N	%
Amélia Rodrigues	25.134	58	100,0	7	96,1
Anguera	10.336	21	100,0	3	100,0
Presidente Antônio Cardoso	11.549	27	100,0	4	100,0
Baixa Grande	20.046	47	100,0	6	86,1
Candeal	8.806	21	100,0	4	100,0
Capela do Alto Alegre	11.506	28	100,0	5	100,0
Conceição do Jacuípe	30.425	55	100,0	7	79,4
Coração de Maria	22.273	46	100,0	7	100,0
Feira de Santana	562.466	997	100,0	86	52,8
Gavião	4.535	11	100,0	2	100,0
Ichu	5.269	15	100,0	3	100,0
Ipecaetá	15.176	41	100,0	4	90,9
Irará	27.643	63	100,0	5	62,4
Ipirá	59.169	152	100,0	9	52,5
Mundo Novo	24.635	44	100,0	6	84,0
Nova Fátima	7.616	17	100,0	3	100,0
Pé de Serra	13.729	32	100,0	5	100,0
Pintadas	10.295	28	100,0	3	100,0
Rafael Jambeiro	22.896	50	100,0	7	100,0
Riachão do Jacuípe	33.222	83	100,0	10	100,0

Santa Bárbara	19.180	46	100,0	6	100,0
Santanópolis	8.806	24	100,0	3	100,0
Santo Estêvão	48.397	103	100,0	12	85,5
São Gonçalo dos Campos	33.766	58	98,8	11	100,0
Serra Preta	15.194	44	100,0	7	100,0
Tanquinho	8.022	15	100,0	2	86,0
Teodoro Sampaio	7.820	22	100,0	4	100,0
Terra Nova	12.798	26	100,0	5	100,0

Fonte: Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)>. Acesso em: 15 ago. 2013.

\* Estimativa da População coberta (ACS: N° de ACSx575 e ESF: N° de ESFx3.450)

\*\* Proporção da cobertura populacional estimada (ACS: N° de ACSx575/População IBGE, com limitador de cobertura de 100% e ESF: N° ESFx3.450/População IBGE, com limitador de cobertura de 100%).

Em Feira de Santana encontram-se serviços de alta densidade tecnológica nas especialidades de nefrologia, oncologia, neurologia e 22 leitos de UTI para adultos, 11 leitos de UTI neonatal e oito leitos de UTI infantil. Além disso, estão localizados no município três hospitais da rede estadual que, juntos, somam um total de 570 leitos.

O município, de acordo com informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em abril de 2014, contava com 615 estabelecimentos de saúde, sendo oito de gestão estadual, 149 de gestão própria e, a grande maioria, 458 estabelecimentos, pertencentes à rede privada, composta, sobretudo, por estabelecimentos de apoio diagnóstico e centros de especialidades privados.

Tabela 2 – Estabelecimentos de saúde da Feira de Santana (BA), janeiro, 2014

	TIPO	NÚMERO
	Posto de Saúde	2
	Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	104
	Policlínica	10
	Hospital Geral	6
	Hospital Especializado	18
	Pronto Socorro Geral	2
	Consultório Isolado	121
	Clínica/Centro de Especialidade	257
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT isolado)	58

Unidade Móvel Terrestre	2
Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência	8
Farmácia	2
Unidade de Vigilância em Saúde	1
Cooperativa	6
Hospital/Dia - isolado	6
Central de Regulação de Serviços de Saúde	1
Secretaria de Saúde	2
Centro de Atenção Psicossocial	5
Pronto Atendimento	1
Central de Regulação Médica das Urgências	1
Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (home care)	1
Central de Regulação do Acesso	1
Total	615

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde — Disponível em: < [http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Unidade.asp?VEstado=29&VMun=291080](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=29&VMun=291080) >. Acesso em: 10 abr. 2014.

## Dimensões de análise da Atenção Primária à Saúde e potencialidades para a coordenação do cuidado

Conforme mencionado no capítulo 5, serão apresentados a seguir resultados do estudo de caso realizado no município de Feira de Santana entre os anos de 2012 e 2013, com base em entrevistas semiestruturadas com gestores municipais (GM) e regionais (GR) (7) e gestores estaduais (GE) (5) e estudo transversal com amostra representativa de usuários cadastrados (588), médicos (36) e enfermeiros (70) das Equipes de Saúde da Família (EqSF). Os resultados estão estruturados com base na matriz de análise apresentada no capítulo metodológico, incorporando variáveis das dimensões político-institucional, organizacional e das práticas, confrontando a percepção dos diversos sujeitos envolvidos no estudo.

## *Organização da Estratégia Saúde da Família: acesso e porta de entrada preferencial*

Em Feira de Santana, segundo dados do estudo transversal, 22% dos respondentes declararam haver na família algum membro coberto por plano privado de saúde, média que mais se aproxima à cobertura da capital do estado, Salvador (28%), se comparada aos dois municípios que também fizeram parte do estudo. (BRASIL, 2012) Deste total, 46% da cobertura abrange apenas um membro da família, provavelmente, como um benefício vinculado ao trabalho, mesmo padrão observado em Santo Antônio de Jesus e Vitória da Conquista. Outro resultado mostra que 55% das famílias relataram não haver Posto ou Centro de Saúde antes da implantação da Unidade de Saúde da Família (USF) no respectivo bairro, dado que corrobora a importância da ampliação do acesso à APS. (ALMEIDA; SANTOS, 2014)

Resultados do estudo apontam que é alto o número de usuários cadastrados que mencionaram conhecer a ESF, qual seja 572 de um total de 588 entrevistados. A grande maioria conhece o local de funcionamento da USF, consideram de fácil acesso e mencionam chegar a pé à unidade. Além disso, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é conhecido por 98% dos usuários entrevistados que afirmaram conhecer a Estratégia Saúde da Família e 68% relatou receber visita domiciliar pelo menos uma vez ao mês (Tabela 3).

Tabela 3 - Indicadores de acesso/utilização da ESF informados por usuários/famílias cadastrados, Feira de Santana (BA), 2013

Indicadores	Usuários	
	N (n)	%
Usuários que conhecem a ESF (espontânea + estimulada)	572 (588)	97
Usuários que conhecem o local de funcionamento da ESF	565 (572)	99
Facilidade de acesso ao local da USF	546 (565)	97
Usuários que relatam chegar a pé até o local de funcionamento da ESF	539 (565)	95
Usuários que conhecem o ACS	560 (572)	98
Usuários que receberam alguma visita do ACS	546 (560)	98



Usuários que recebem visita de ACS pelo menos uma vez ao mês	370 (546)	68
Famílias que possuem seguro privado de saúde	129 (588)	22
<b>Membros da família cobertos por seguro privado de saúde</b>		
Um membro da família	59 (129)	46
Dois membros da família	23 (129)	18
Três ou mais membros da família	22 (129)	17
<b>Avaliação dos usuários quanto a conseguir marcar consulta médica</b>	443* (572)	77
Bom	257 (443)	58
Ruim	96 (443)	22
<b>Avaliação dos usuários quanto a conseguir consulta médica sem marcação prévia – demanda espontânea</b>	443* (572)	77
Bom	166 (443)	37
Ruim	117 (443)	26

Fonte: Almeida e Santos (2014).

Nota 1: n= Total de usuários que poderiam responder a questão

Nota 2: \*usuários que relataram ter recebido atendimento na Unidade de Saúde da Família nos últimos 12 meses.

Segundo avaliação dos usuários, há maiores dificuldades para conseguir consultas médicas sem marcação prévia, apontando dificuldades para atendimento à demanda espontânea. Também é expressivo o percentual de usuários que indicou dificuldades para agendamento de consultas (Tabela 3).

Para minimizar as filas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e USF as equipes são autorizadas a criar critérios de agendamento de acordo com a dinâmica de cada território. Para tanto, algumas EqSF fazem reuniões na comunidade para debater critérios de acesso aos serviços:

*[...] tem unidades que a marcação é diária. O paciente chega e marca. Claro que conforme o agendamento que já tem um de cada período o médico e a enfermeira atende um programa. Tem unidades que é dessa forma. Então ele é recebido a depender, se for uma demanda de urgência, ele é atendido ali, o médico atende, tem a quantidade a ser marcada, ele deixa no espaço para um quantitativo de pacientes que chegam justamente nessas demandas espontâneas. (GM/FS, 2012)*

O município apresentava cobertura de aproximadamente 52% da população por EqSF em outubro de 2012. Segundo gestores, outra parte da população é coberta por UBS tradicionais que contam com cardiologista, ginecologista, pediatria e nutricionista e equipes de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) vinculados. Embora as UBS trabalhem com população adscrita, segundo informação dos entrevistados, a busca por cuidados é superior em relação às USF.

Também concorre fortemente pela função de porta de entrada, unidades nomeadas como “Policlínicas”, que representam os serviços de pronto-atendimento do município, com funcionamento 24 horas e presença de especialistas. Segundo gerentes e gestores, o funcionamento das Policlínicas é bem variado, algumas prestam o atendimento e orientam a busca pela USF de referência e outras simplesmente recusam. A avaliação das famílias corrobora que, de fato, há uma busca expressiva pela Policlínica como serviço de primeiro contato, chegando a 36% dos usuários, mesmo nos dias de semana. Aos finais de semana, este percentual chega a 71% (Tabela 4).

Tabela 4 – Serviço de saúde procurado em caso de doença por famílias cadastradas à ESF, durante a semana e em finais de semana/feriados/à noite, Feira de Santana (BA), 2013

Serviço de saúde	Durante a semana		Finais de semana/ feriados/à noite	
	N	%	N	%
Unidade de Saúde da Família	255	43	2	0.3
Policlínica	212	36	415	71
Ambulatório/emergência de hospital público	35	6	78	13
Clínica/hospital ou emergência privados	31	5	38	6
Consultório particular	9	2	10	1.7
Outros	46	8	45	8
Total	588	100	588	100

Fonte: Almeida e Santos (2014).

Os gestores e gerentes reconhecem que a Estratégia Saúde da Família ainda não constitui porta de entrada consolidada para o sistema

de saúde em Feira de Santana. As razões apontadas são de diversas ordens. Alguns atribuem à população a “responsabilidade/culpa” pela busca inadequada dos serviços na rede:

*A população ainda confunde muito a questão da assistência como: ‘Só procuro quando eu preciso’. Então a gente ainda tem a população que procura o atendimento da policlínica, no nosso caso as policlínicas que são as nossas unidades de pronto-atendimento. (GM/FS, 2012)*

A gerência de regulação reconhece que para os pacientes de Feira de Santana as portas de entrada são os PSF, as UBS e as policlínicas:

*[...] Na verdade, todo e qualquer paciente, ele já tem uma cultura de que uma febre que tenha, ou qualquer sintomatologia que venha a ter, já procura logo uma policlínica ou o próprio hospital (Cleriston Andrade). Há hoje nos hospitais e até nas nossas policlínicas essa superlotação, por conta disso. Porque a gente sabe hoje o quê? Dentro das policlínicas tem um médico 24 horas. (GM/FS, 2012)*

Outros gestores, sobretudo da Diretoria Regional de Saúde (Dires), entendem que a população procura a USF na maioria dos municípios da região, mas os problemas de suporte (falta de médicos e/ou respostas na retaguarda terapêutica) faz com que eles busquem ou sejam encaminhados para as unidades de pronto-atendimento e hospitais em outros municípios, principalmente em Feira de Santana. O Hospital Geral Cleriston Andrade também foi mencionado como uma das portas de entrada para toda a região.

Outra questão relaciona-se ao tipo de atendimento prestado pelo profissional médico, que, segundo avaliação de gerentes e gestores entrevistados, atende de forma “equivocada”, quer dizer, rápida ou apenas encaminhando para serviços de especialidades, sem resolver o que seria de competência da APS:

*O Programa Saúde da Família ainda não funciona como deveria ser, porque o médico deveria ser o condutor da*

*equipe assim no sentido de fazer tudo que o problema manda. Mas infelizmente a gente não tem mão de obra. Não tem, é uma dificuldade, às vezes falta. E quando consegue preencher contratação de médico em todos os PSF, mais de 60% não tem a mínima capacidade profissional assim de conhecimento do que é o Programa Saúde da Família. (GM/FS, 2012)*

Segundo o gestor municipal, o médico muitas vezes se recusa a realizar busca ativa, visitas domiciliares e considera que o paciente deva sempre ir à unidade de saúde. Pelo fato da formação destes profissionais não incorporar a lógica do processo de trabalho na ESF, acaba atuando como

*[...] aquele médico de pronto socorro curador. Ao invés dele tratar a hipertensão do paciente para evitar as complicações, não, ele chega ali e solicita uma consulta com o cardiologista. O paciente é diabético ele fica pedindo para o endócrino, coisas que são eminentemente, ou que deveriam ser resolvidas 80% lá na ponta, mas a dificuldade nesse caso da Atenção Básica é mais do médico entender. (GM/FS, 2012)*

O entrevistado aponta que embora sejam ofertadas capacitações em todas as especialidades, a participação é bastante pequena.

Apoiadores de Atenção Básica da Dires afirmam que este não é apenas um problema dos médicos, mas também dos demais profissionais da ESF:

*[...] o pessoal está entrando, os dentistas, os enfermeiros, os médicos estão trabalhando na estratégia, mas eles não estão com visão de estratégia. Por quê? Porque raramente se faz uma visita domiciliar, raramente. Eles, ainda, continuam focados na doença e não no doente. (GR/FS, 2012)*

Na região, de maneira geral, para os gestores/gerentes da Dires o problema é a formação/capacitação dos profissionais que tem com-

prometido a qualidade da ESF. Até mesmo o ACS, após ter conseguido a formalização de vínculo (via concurso) parece ter diminuído o compromisso com atividades como a visita domiciliar:

*Primeiro eu acho que o agente comunitário quando ele se transformou em efetivo, quando ele conseguiu a des-precarização ele se acomodou na situação dele. Então ele não está fazendo aquele trabalho que é pertinente ao agente comunitário. Em Feira de Santana que são 900, quase mil, você tira um grupo pequeno que está fazendo visita, acompanhando. (GR/FS, 2012)*

Apesar de todos os problemas mencionados como USF sem médicos, baixa resolubilidade, incipiência na retaguarda terapêutica, entre outros, com a ampliação da Atenção Básica à Saúde, os gestores municipais e regionais consideram a ESF como porta de entrada preferencial por apresentar elevada cobertura nos municípios da região e, por esta razão, os usuários das pequenas cidades buscam inicialmente as equipes de Saúde da Família. Além disso, em Feira de Santana, a ESF concentra-se, essencialmente, em bairros periféricos, atendendo à população mais carente. Todavia, nos casos de urgência/emergência usuários de toda a região precisam recorrer a Feira de Santana (Policlínicas e Hospital Geral), posto que os municípios de pequeno porte, em grande parte, não possuem retaguarda assistencial no território local. Gestores reconhecem que houve uma melhoria com a ampliação do número de EqSF nos últimos anos, contudo, permanecem problemas que dificultam a constituição de uma porta de entrada preferencial.

### ***Abrangência dos cuidados ofertados por Equipes de Saúde da Família***

Dos 572 usuários entrevistados que relataram conhecer a ESF, 541 (95%) afirmaram que alguém da família já foi atendido alguma vez na USF, sendo a grande maioria (90%) pelo profissional médico, o que pode indicar constituição de um modelo de cuidado fortemente centrado neste profissional, ainda que vários problemas para a pro-

visão e qualidade tenham sido apontados, e também fraca atuação de profissionais da enfermagem em ações clínicas (Tabela 5).

Tabela 5 – Profissional da Equipe de Saúde da Família responsável pelo atendimento segundo famílias cadastradas, Feira de Santana (BA), 2013

Profissional	Usuários	
	N	%
Médico	486	90
Enfermeiro	41	8
Outro/não sabe/não respondeu	14	2
Total	541	100

Fonte: Almeida e Santos (2014).

Quanto à resolubilidade das EqSF, das 541 famílias que informaram terem sido assistidas alguma vez na USF, percentual bastante expressivo (83%) afirmou que conseguiu resolver seu problema de saúde neste atendimento, aproximando-se dos 85% de resolubilidade esperado na APS (Tabela 6). Cabe ressaltar que, embora possa ser considerado alto o percentual de resolubilidade, parcela significativa dos entrevistados busca outras portas de entrada quando se sente mal ou adoecer, mesmo durante os dias de funcionamento das USF.

Pequena parte dos usuários que não consegue resolver seu problema de saúde no atendimento prestado pela EqSF informa ser encaminhado para a atenção especializada (25%) pela EqSF. Contudo, cerca de 37% busca atendimento diretamente em serviços de emergência ou hospitalares, no caso de Feira de Santana, provavelmente nas policlínicas e 23% na rede privada, o que pode agravar os problemas já mencionados para a consolidação da porta de entrada pela APS (Tabela 6).

A coleta de material para exames de patologia clínica não é realizado nas USF. A EqSF fornece uma autorização, entregue ao usuário que procura diretamente o prestador. Buscar o resultado do exame também é de responsabilidade do usuário. Já nas policlínicas, há coleta de material biológico, o que facilita o acesso e pode ser apontado como mais um fator que fortalece a busca deste serviço como de primeiro contato. Das famílias que nos últimos 12 meses necessita-

ram exames de patologia clínica solicitados por profissional da EqSF (328), 85% relataram conseguir realizá-los (280), embora deste total apenas 58% (161) informaram que todos os exames foram feitos na rede pública de saúde, enquanto 26% realizou os exames na rede privada de saúde (Tabela 6), mais uma vez evidenciando a dependência do setor privado na oferta de procedimentos no campo da APS. Das famílias atendidas alguma vez na USF, cerca de 85% (461) necessitou utilizar medicamentos prescritos pela equipe, sendo que a maioria (53%) relatou que recebe apenas alguns medicamentos (Tabela 6).

Tabela 6 – Resolubilidade do atendimento prestado pelas Equipes de Saúde da Família informada por famílias cadastradas, Feira de Santana (BA), 2013

INDICADORES	FAMÍLIAS	
	N	%
<b>Resolução do problema de saúde em atendimento prestado pela EqSF</b>	<b>541<sup>1</sup></b>	
Sim	450	83
Não	91	17
<b>Ações realizadas quando NÃO há resolução do problema de saúde</b>	<b>91</b>	
Referência para especialista da rede pública realizada pela EqSF	23	25
Busca direta de atendimento em hospital/emergência	34	37
Busca direta de atendimento na rede privada	21	23
Não faz nada/não procura serviços de saúde	5	6
Outro/Não sabe/não respondeu	8	9
<b>Realização de exame de patologia clínica solicitado pelo profissional da EqSF nos últimos 12 meses</b>	<b>280<sup>2</sup></b>	
Realizou todos os exames na rede pública	161	58
Realizou alguns exames na rede pública	46	16
Realizou todos os exames na rede privada	73	26
<b>Acesso a medicamentos em atendimento realizado pela EqSF</b>	<b>461<sup>3</sup></b>	
Recebeu todos os medicamentos	186	40
Recebeu alguns medicamentos	245	53
Não recebeu medicamentos	30	7

Fonte: Almeida e Santos (2014).

1 – Famílias que relataram terem sido atendidas alguma vez na Unidade de Saúde da Família.

2 – Famílias que afirmaram ter conseguido realizar os exames de patologia clínica solicitados pela EqSF nos últimos 12 meses.

3 – Famílias que afirmaram ter necessitado de medicamentos solicitados pela EqSF nos últimos 12 meses.

Segundo os gestores, outros fatores comprometem a resolubilidade e abrangência das ações prestadas pelas EqSF como: número insuficiente de equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para realização do apoio matricial; ausência de equipes de Saúde Bucal em todas as UBS; oferta simplificada de ações de saúde; poucas intervenções comunitárias; e baixo envolvimento dos médicos nas ações comunitárias e administrativas. Muitas vezes, a abrangência da APS é comprometida no município não pela falta de insumos, mas pela ausência de apoio logístico eficaz.

### *Gestão do trabalho e Educação Permanente em Saúde para trabalhadores da Estratégia Saúde da Família*

Em Feira de Santana, os profissionais são contratados por cooperativas distintas: uma para médicos, enfermeiros e odontólogos, uma para técnicos de enfermagem e outra para NASF, por meio de contratação temporária. Apenas os ACS são assalariados diretos da Secretaria Municipal de Saúde e fazem parte do quadro permanente. Por conta da dificuldade para atração de médicos, gestores informam que são contratados profissionais sem perfil e sem interesse em vinculação permanente ao SUS. Informam também que o mercado privado e as especializações exercem forte concorrência e são mais atrativas para os profissionais que a APS.

Gestores e gerentes mencionam que não conseguem atrair e/ou fixar médicos nos municípios da região e que enfrentam problemas como a alta rotatividade e carga horária reduzida. Como consequência, brigam entre si para atrair este profissional e usam o salário como artifício para captá-los. Por sua vez, essa questão compromete o orçamento dos municípios, pois quanto menor e mais distante dos grandes centros urbanos, em geral, são também mais pobres e ainda apresentam maiores gastos com o pagamento dos salários. Feira de Santana, por exemplo, “perde” muitos médicos para os municípios vizinhos, pois paga o menor salário da região.



De maneira geral, na região de saúde, nas USF quem tem “segurado” a ideia de PSF, segundo os gestores e gerentes, é o enfermeiro, pois o médico não cumpre a carga horária e restringe-se a fazer ambulatório. Quando há auditoria (por conta de carga horária e/ou presença de médico), muitas vezes, há suspensão do recurso, contudo, os entrevistados alegam que quando exigem a carga horária ou cobram realização de determinadas ações, estes profissionais abandonam o trabalho e procuram outros municípios. Ainda assim, conforme usuários entrevistados, a grande maioria daqueles que já foram atendidos na USF, afirmam que o atendimento foi realizado pelo médico, demonstrando que apesar da escassez e demais dificuldades, o cuidado ainda é eminentemente centrado neste profissional.

Nas reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR) a principal reclamação em relação à Atenção Básica à Saúde é a rotatividade dos médicos, cumprimento de carga horária inferior à contratada, sendo que cada município estabelece carga horária e salários próprios. As dificuldades para contratação deste profissional impõem constrangimentos para a exigência da carga horária:

*No momento do contrato eu digo: ‘olha, o trabalho são 5 dias e tem direito a uma folga’. Então são 4, na verdade. ‘Eu não posso 4, eu só posso três’ (médico). Ok. Se a minha necessidade for muito grande: ‘Tudo bem, você fica com 3, agora você sabe que você vai receber as faltas referentes aos dias que não vai trabalhar. (GM/FS 2012)*

Os incentivos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o financiamento da ESF também são pauta da CIR, ao contrário de outras questões relacionadas à concepção, organização do modelo de atenção e discussão de estratégias compartilhadas para responder às necessidades regionais.

Ainda que haja acordos, a contratação é realizada para 40h, com diminuição informal da carga horária e aumento do número de procedimentos por turno/dia. O mesmo acordo não é permitido para outros profissionais (enfermeiros ou dentistas), com exceção de uma folga programada e previamente acordada com a Secretaria Municipal de Saúde.

Embora enfrente problemas de rotatividade nas equipes, 50% dos médicos e 38% dos enfermeiros afirmaram tempo superior a quatro anos de atuação na ESF do município. Cabe ressaltar, conforme explicitado no capítulo metodológico, que o percentual de médicos que se recusou ou não foi encontrado nas USF para responder ao questionário em Feira de Santana foi de 57%, a maior perda se comparada aos demais municípios do estudo, e que poderiam representar justamente os de contratação mais recente e mais afetados pela transição política. Entre os 36 médicos entrevistados de um total esperado de 84, 92% afirmaram cumprir 5 dias, enquanto a maior parte dos enfermeiros (74%) afirmou atuarem 4 dias semanais da ESF. Destaca-se que as perdas entre os profissionais de enfermagem foram bem menores se comparada aos médicos (capítulo 5). A maioria dos profissionais das duas categorias afirmou cumprir carga horária de 40h semanais. A incompatibilidade entre salário recebido e função desempenhada é ratificada por médicos e enfermeiros, embora a insatisfação seja ainda maior entre os últimos. É expressivo o número de médicos que possuem especialização com enfoque em Saúde da Família e Treinamento Introdutório, embora destaque-se, mais uma vez, que a perda de entrevistados médicos foi significativamente maior que dos enfermeiros e que metade dos respondentes médicos tinha mais de quatro anos de atuação na ESF no município (Tabela 7).

Tabela 7 – Indicadores de gestão do trabalho e Educação Permanente em Saúde na Estratégia Saúde da Família, médicos e enfermeiros, Feira de Santana (BA), 2013

INDICADORES	MÉDICOS		ENFERMEIROS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>Modalidade de contratação</b>						
Celetista	6	17	2	3	8	8
Contrato temporário	26	72	21	30	47	44
Outro	4	11	47	67	51	48
<b>Tempo de atuação na ESF no município</b>						
Até 6 meses	4	11	11	16	15	14
De 7 meses a 12 meses	4	11	6	9	10	9
De 13 meses a 24 meses	6	17	7	10	13	12
De 25 meses a 36 meses	4	11	12	17	16	15
De 37 meses a 48 meses	–	–	7	10	7	7
Mais de 4 anos	18	50	27	38	45	43
<b>Dias semanais de atuação na ESF</b>						
	4	3	8	52	74	55
	5	33	92	18	26	51
<b>Carga horária semanal (horas)</b>						
	30	1	3	7	10	8
	40	32	89	61	87	93
	Outra	3	8	2	3	5
<b>Salário compatível com as atribuições na ESF</b>						
	Sim	10	28	6	9	16
<b>Capacitação e Educação Permanente em Saúde</b>						
Especialização com enfoque em SF						
	Sim	24	67	28	40	52
<b>Treinamento Introdutório</b>						
	Sim	22	61	40	57	62

Fonte: Almeida e Santos (2014).

## *Oferta de serviços na rede de atenção: acesso à atenção especializada, hospitalar e aos serviços de urgência e emergência*

Gestores e gerentes entrevistados destacam que a oferta de procedimentos de retaguarda terapêutica (especialidades) é insuficiente para a região e que, em função dessa situação, os municípios menores pactuam com Feira de Santana tendo como base a oferta (já pequena) e não as necessidades de saúde. Por conta disso, há “sempre” que priorizar a “urgência da urgência”. Os profissionais da USF ficam insatisfeitos e inseguros, os municípios colocam essa questão como prioritária nas reuniões da CIR, mas por conta da fragilidade na formação e informação dos próprios gestores (também há muita rotatividade entre eles) não conseguem planejar ações que impactem na região e/ou exigirem que as cotas pactuadas sejam atendidas conforme planejamento inicial na Programação Pactuada e Integrada (PPI). A solicitação de exames e procedimentos sem protocolos e/ou critérios bem definidos intensifica essa problemática na região.

O acesso à atenção especializada é realizado por meio de referência das EqSF. Mesmo quando o usuário recebe atendimento em uma Policlínica, por exemplo, e necessita de encaminhamento para especialidades, é orientado a buscar sua USF de cadastro. A referência é realizada por profissional da EqSF e encaminhada à Central de Regulação via malote, uma vez por semana. Cada USF apresenta organização própria em relação às referências. Algumas fazem um processo de priorização clínica antes de enviar à Central. Quando o procedimento é agendado, a guia de referência volta para a USF, que se encarrega de avisar ao usuário, que muitas vezes é orientado a voltar à unidade em um tempo determinado para tomar ciência da marcação ou então fica a cargo do ACS.

As cotas de consultas e exames são distribuídas por mês, segundo análise da necessidade de cada área. Não há listas de espera, mas os reguladores da Central analisam a justificativa clínica para solicitação, o tipo de patologia e estabelecem critérios de prioridade, buscando minimizar os efeitos da reconhecida insuficiência de atenção de média densidade tecnológica. Também são reservadas cotas para casos prioritários, cujo acesso é viabilizado por meio de encaminhamento de relatório médico que justifique a necessidade e análise dos reguladores.

No momento de realização da pesquisa, a maior lista de espera era para consultas de neurologia. Mas segundo afirmam gestores e gerentes, a situação muda em função da disponibilidade de profissionais na rede:

*É questão de período, porque tem período que é neuro e cardiologia. No momento cardiologista está ótimo, está dando para resolver. Mas a gente não sabe, que vai muito da questão do profissional estar na rede, sair da rede. Teve momentos que a gente teve 4, 5 neurologistas, só temos 2 hoje. Então a questão de acúmulo vai do período.*  
(GR/FS, 2012)

O mutirão tem sido a estratégia eleita para minimizar as filas de espera.

Gestores estaduais ratificam a informação de que, na Bahia, o vazio assistencial é também por insuficiência de recursos humanos, situação que acarreta longas filas de espera. As especialidades com maiores dificuldades no estado seriam cardiologia, oncologia e neurocirurgia. Mesmo com a abertura de contratação para a rede privada, não se consegue ampliar a oferta, pois os serviços e profissionais são escassos. Muitas vezes, não adianta ampliar o serviço no interior, pois não se consegue o profissional:

*Nós abrimos UTI no interior e depois você vê que a UTI ela não anda porque o profissional não está, porque há*

*uma dificuldade em fixar o profissional médico quando ele é altamente especializado no interior. (GE/2012)*

O mesmo também aconteceria em relação aos serviços de alta densidade tecnológica no interior.

Em Faria de Santana, os especialistas são contratados por meio de chamada pública e podem atuar em suas próprias clínicas privadas, em UBS ou mesmo nas policlínicas, servindo de referência para a APS. A lotação é realizada pelo município após análise da infraestrutura física das unidades de saúde, para definir quais apresentam os requisitos necessários para o desenvolvimento do trabalho. Logo, não há um centro ou serviços de especialidades que concentre a oferta. Os profissionais são contratados por carga horária com definição de determinado número de procedimentos a serem realizados. No caso de um usuário precisar de retorno, o profissional preenche nova guia de referência que deve ser encaminhada à USF, que novamente realizará a referência para a Central de Regulação.

Há casos em que o usuário, ao ser informado que a cota mensal para a especialidade para a qual necessita de consulta já está finalizada, recorre diretamente à Central de Regulação, não sendo atendidas demandas deste tipo. As únicas exceções são para pacientes que irão realizar transplante renal, que fazem hemodiálise, portadores de HIV e pacientes com câncer, que podem buscar a marcação diretamente na Central. Nestes casos, quando não há vaga no momento da procura, a Central se encarrega de contatá-los tão logo seja possível agendar o procedimento.

As dificuldades para provisão de atenção especializada se refletem na avaliação dos usuários. Dos 572 usuários que conhecem a ESF, 51% (292) relataram que nos últimos 12 meses necessitaram de uma consulta com especialista, sendo que a maioria buscou atendimento em serviço privado de saúde (45%), evidenciando dificuldades ainda maiores para acesso à atenção de média densidade tecnológica, com busca direta por serviços privados de saúde. Dos 47% que mencio-

naram terem sido referenciados pela EqSF, parte ainda buscou um serviço de saúde privado (11%) (Tabela 8).

Tabela 8 – Serviço especializado procurado para realização de consulta médica e forma de acesso ao especialista nos últimos 12 meses segundo usuários entrevistados, Feira de Santana (BA), 2013

Indicadores	Usuários	
	N	%
<b>Refere ter ido ao especialista para consulta nos últimos 12 meses</b>	572	51
<b>Serviço especializado procurado para realização de consulta médica</b>	292	
Policlínica	50	17
Ambulatório de hospital público	45	15
Hospital público	35	12
Serviço privado de saúde (consultório/hospital)	131	45
Outro	31	11
<b>Consulta com especialista foi referenciada pela EqSF</b>	292	47
<b>Formas de acesso ao especialista para usuários referenciados por profissional da EqSF</b>	136	
Agendamento pela USF e a data e hora avisadas posteriormente	87	64
Agendamento pela USF e a data e hora avisadas na mesma hora	6	4
Recebimento da referência, mas buscou o serviço de saúde por conta própria e pagou pela consulta	15	11
Outros	28	21

Fonte: Almeida e Santos (2014).

Apenas 47% (136) dos usuários mencionaram que a referência para o especialista foi realizada por profissional da EqSF, sendo que a principal forma de acesso foi o agendamento da consulta pela USF e a data e hora posteriormente avisadas. Entre os usuários referenciados, a grande maioria conseguiu realizar a consulta (95%). Parcela expressiva dos usuários entrevistados que conhece a ESF (43%) informou necessidade de realizar exame especializado solicitado por profissional da EqSF nos últimos 12 meses e a grande maioria, 83% informou conseguir realizá-los. Entre estes, a principal forma de

acesso foi o agendamento realizado pela EqSF (69%), embora 16% tenha buscado por conta própria. (ALMEIDA; SANTOS, 2014) Outra questão preocupante é que médicos da rede privada podem solicitar exames de “alta complexidade” e esses são autorizados pela central de marcação, ou seja, as clínicas privadas são, também, uma porta de entrada e competem com os usuários do SUS pela atenção de alta densidade tecnológica e consequentemente de alto custo.

A maior parte de médicos e enfermeiros informou conseguir realizar agendamento para consultas e exames especializados na maioria das vezes, embora cerca de 1/4 tenha avaliado que poucas vezes consegue. Maiores dificuldades foram evidenciadas em relação ao agendamento de internações, talvez pelo fato do município ainda não possuir central de regulação de leitos e internações própria.

Tabela 9 – Frequência de realização de agendamento para consultas e exames especializados e internações, médicos e enfermeiros, Feira de Santana (BA), 2013

Indicadores	Médicos		Enfermeiros		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Consultas especializadas</b>						
Na maioria das vezes	26	72	50	71	76	72
Poucas vezes	10	28	16	23	26	25
<b>Exames especializados</b>						
Na maioria das vezes	32	89	45	65	77	73
Poucas vezes	4	11	20	29	24	23
<b>Internações</b>						
Na maioria das vezes	18	50	35	50	53	50
Poucas vezes	5	14	16	23	21	20

Fonte: Almeida e Santos (2014).

Segundo gestores entrevistados, apesar dos problemas mencionados, a ESF melhorou o fluxo para a atenção especializada em Feira de Santana, pois o usuário não vai mais diretamente a Central de Regulação para conseguir uma vaga, como acontecia anteriormente. A expansão da cobertura por EqSF também colaborou para organizar a forma como o usuário pode buscar o cuidado, pois ele passou a ter



uma unidade de saúde mais próxima de sua residência que se responsabiliza pelo agendamento da referência.

### *Coordenação do cuidado por Equipes de Saúde da Família*

Em Feira de Santana as dificuldades para a conformação de uma rede evidenciam-se também pela forma de contratação dos especialistas, por procedimentos e cuja atuação pode se dar até mesmo nos consultórios e clínicas próprios, o que pode tornar ainda mais difícil o estabelecimento de comunicação entre prestadores em uma rede que ainda não está informatizada.

Conforme relato dos gestores, ainda é incipiente a implementação de protocolos clínicos formulados pelo próprio município, sendo que para alguns agravos são utilizadas diretrizes do Ministério da Saúde, mas mesmo esses não são devidamente seguidos. De acordo com os entrevistados, há muita solicitação desnecessária de exames complementares, mas não há apoio, sobretudo dos médicos, para mudar esta situação.

O usuário, muitas vezes, é o porta-voz das informações, sem a devida referência da USF. Metade dos usuários que relatou necessitar de consultas especializadas nos últimos 12 meses, afirmou receber informações por escrito para entregar ao especialista e 42% afirmou receber a contrarreferência, percentual alto se comparado ao encontrado em outros estudos. (ALMEIDA et al., 2010) As EqSF organizam-se esperando o usuário ir à unidade, com isso, muitos que não buscam mas precisam de cuidados (diabetes, hipertensão) ficam sem cobertura real, pois é insuficiente a busca ativa aos casos que não aparecem e/ou que não voltam para acompanhamento, relatam os gestores/gerentes.

No escopo das EqSF algumas ações podem favorecer a coordenação do cuidado. Aproximadamente 13% (78) das famílias tiveram algum membro internado em hospital público nos últimos 12 meses. Cerca de 1/4 relatou receber informações pós-alta para entregar à EqSF e 35% que profissionais da EqSF buscaram informações e/ou

realizaram visitas durante a internação, sendo estas ações empreendidas sobretudo pelo Agente Comunitário de Saúde (Tabela 10).

Tabela 10 – Ações de coordenação do cuidado, segundo usuários e famílias cadastradas, Feira de Santana (BA), 2013

Indicadores	Usuários/Famílias	
	N	%
Usuários referenciados nos últimos 12 meses por profissional da EqSF que receberam informações por escrito do para entregar ao especialista	128 <sup>1</sup>	50
Usuários referenciados nos últimos 12 meses por profissional da EqSF que receberam a contrarreferência	128 <sup>1</sup>	42
Famílias com internação nos últimos 12 meses que receberam informações por escrito para entregar à EqSF	19	24
Famílias com internação nos últimos 12 meses que relataram busca de informações e/ou visita por profissional da EqSF durante a internação	27	35
Profissional responsável por busca de informação e/ou visita durante a internação – ACS	17	63

Fonte: Almeida, Santos (2014).

1 – Total de usuários referenciados nos últimos 12 meses por profissional da EqSF e que foram atendidos pelo especialista.

Na região de saúde a questão da coordenação e continuidade é mais grave, pois a maioria dos municípios não tem como ofertar serviços complementares e dependem de Feira de Santana. Muitos simplesmente encaminham seus usuários por ambulância para buscarem serviços no município, sobrecarregando as policlínicas e o Hospital Geral Cleriston Andrade:

*[...] o município sofre muito porque o pessoal da microrregião pactuada com Feira que vem para cá eles acham que aqui tem tudo, não é? Então eles acham que o fato de ter uma pactuação e ter feito uma transferência de dinheiro do SUS deles, uma cota do SUS deles para Feira aí o que eles fazem? Eles param de investir na cidade deles, começam a fazer ambulancioterapia para Feira. Aí Feira sobrecarrega. Coisas que podiam ser resolvidas nas cidades vão para Feira, tudo para Feira. Essa cultura desde que eu me entendo continua a mesma. Bota as cidades*

*vizinhas vir para a cidade grande. [...] é mais barato eles botarem um dinheirinho aqui em Feira e pagar uma ambulância e mandar. (GM/FS, 2012)*

Nesse sentido, segundo gestores entrevistados, Feira de Santana atende uma demanda que excede até mesmo a região, recebendo pessoas de diferentes partes da Bahia, por se tratar de um grande centro de serviços de saúde e por conta das lacunas assistências no interior do estado. Os gestores estaduais mais uma vez ratificam que o problema dos vazios assistenciais varia muito no estado, embora sejam mencionados avanços com a implantação de hospitais regionais em áreas historicamente desprovidas de serviços. A situação atual reflete a histórica concentração de equipamentos de saúde em alguns centros e pulverização de hospitais de pequeno porte, com baixa resolubilidade e ocupação, no interior, sem análise das necessidades de saúde. A regulação deveria ser organizada no nível das regiões de saúde, o que muitas vezes não acontece em função dos vazios assistenciais. Nestes casos, o usuário tem que ser encaminhado, muitas vezes, para a sede da região de saúde.

## Considerações finais

É consensual que a coordenação do cuidado compõe uma das dimensões essenciais da APS. Neste estudo, considerou-se que a coordenação é condição necessária para alcance de uma resposta integral, capaz de atender ao conjunto de necessidades em saúde dos usuários, o que envolve todos os níveis do sistema. (KRINGOS et al., 2010; STARFIELD, 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008) Logo, uma resposta integral, não poderia ser alcançada ao interior somente de um determinado nível de atenção. Assume-se a premissa de que os serviços de APS são os mais adequados para coordenar o percurso terapêutico do usuário na maior parte dos episódios de adoecimento. Mas de qual atenção primária se fala ao imputar-lhe a complexa missão de coordenar uma resposta integral em saúde? Certamente não se

trata da APS seletiva com oferta reduzida de ações e restrita à atenção de primeiro nível.

Os resultados do estudo demonstram que atributos essenciais da APS no município de Feira de Santana ainda precisam ser fortalecidos para que as EqSF possam assumir a coordenação do cuidado. A função de porta de entrada é claramente distribuída entre USF e serviços de pronto-atendimento. As EqSF concorrem com as policlínicas como serviço de primeiro contato, sem estratégias efetivas de comunicação entre os serviços para fortalecer a função da APS como serviço de busca regular. Além disso, a concorrência pode ser extrapolada também para a disputa por médicos, recurso escasso para todos os níveis de atenção em toda a região de saúde, sem a presença de estratégias mais solidárias para lidar com a questão a partir da perspectiva regional.

Também foram apontadas fragilidades quanto à abrangência das ações desenvolvidas, quase sempre limitadas às ações clínicas dentro da unidade de saúde e pouco voltadas à comunidade. As visitas domiciliares, por exemplo, parecem ser atividades pouco valorizadas e pouco executadas, o que pode comprometer o acompanhamento de grupos vulneráveis. Além disso, o foco do cuidado continua sendo a doença, com uma lógica de organização dos serviços e desenvolvimento das práticas em saúde semelhante a dos serviços privados.

Se uma das características que define a coordenação do cuidado é a articulação entre serviços e ações de forma a prestar atenção em saúde mais sincronizada e voltada ao alcance de um objetivo comum, sem dúvida o alcance deste objetivo é maximizado pela implantação de mecanismos e estratégias de integração da rede. Em Feira de Santana, a integração é comprometida por diversos aspectos. Os profissionais da rede, com exceção dos ACS, são contratados por meio de cooperativas com vínculos precários. No caso dos especialistas, são pulverizados pelos diversos serviços de saúde podendo até mesmo atender pelo SUS em seus consultórios e clínicas privados. A contratação por número de procedimentos prestados também é outro

entreve ao estabelecimento de uma rede onde os mecanismos de comunicação são fragilizados pela incipiente informatização, comprometendo a comunicação interprofissional.

Outro entrave é a oferta de atenção especializada. Foi consenso que embora o fortalecimento da capacidade regulatória oportunize utilização mais racional dos recursos, a efetividade dos mecanismos de integração é limitada pela insuficiente oferta de atenção especializada, que acaba condicionando o planejamento em saúde em detrimento das necessidades de saúde da população. Em Feira de Santana este problema é particularmente agravado por ser um município de grande porte e referência para procedimentos especializados de médio e alto custo, atraindo pacientes de todo o estado. A fraca integração regional agrava a busca por serviços de saúde no município por meio de fluxos informais, não pactuados nas instâncias regionais como a CIR. Os arranjos intermunicipais, via Programação Pactuada e Integrada, são insuficientes para atender as demandas dos distintos municípios gerando insatisfação de gestores, profissionais e usuários. Neste sentido, a coordenação do cuidado é dependente de uma rede integrada, ou seja, sem a regionalização dos serviços com distribuição que respeite o escopo e a escala, bem como, atenda aos vazios assistenciais, não há condições para que as EqSF possam dar respostas e continuidade ao cuidado em saúde.

Também foram identificadas fragilidades na definição dos fluxos formais. A insuficiente comunicação e articulação entre prestadores e entre profissionais, ausência de cultura de colaboração, de monitoramento das filas de espera e de pouca utilização de protocolos clínicos foram algumas dificuldades observadas com possíveis efeitos sobre a sincronização da atenção. A influência do pleito municipal foi outro achado do estudo, manifesto na instabilidade provocada entre os profissionais das EqSF observada durante a realização do trabalho de campo, agravada pelo estabelecimento de vínculos precários de trabalho.

Todos os pontos destacados, atrelados à fragilidade e/ou inexistência de mecanismos comunicacionais compartilhados interrompem o fluxo assistencial e colocam o usuário em situações de insegurança, tornam a coordenação do cuidado um atributo frágil na prática das EqSF e, conseqüentemente, enfraquecem a APS enquanto centro principal para articulação da atenção em rede.

## Referências

- ALMEIDA, P. F. et. al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, p. 286–98, 2010.
- ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M. O papel da Atenção Primária à Saúde na coordenação dos cuidados em redes regionalizadas em regiões de saúde da Bahia. *Relatório de Pesquisa*. Brasília: CNPq, 2014.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. *CNES-DATASUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Imprimir\\_Unidade.asp?Chamada=3](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Imprimir_Unidade.asp?Chamada=3)>. Acesso em: 18 jan. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Departamento de Atenção Básica*. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)>. Acesso em: 15 ago. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Indicadores cobertura*. 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f16.def>>. Acesso em: 27 out. 2013.
- KRINGOS, D. S. et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research*, v. 10, n. 65, 2010.
- STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary Health Care. Now more than ever. *The World Health Report 2008*. Geneva: WHO, 2008.



# Posição da Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado no município sede de Região de Saúde — o caso de Santo Antônio de Jesus

---

*Patty Fidelis de Almeida*

## Caracterização geral da rede de serviços de saúde

O município de Santo Antônio de Jesus, localizado na Macrorregião Leste da Bahia, é sede de uma das quatro regiões de saúde que compõe a referida macrorregião. Destaca-se por ser um dos polos comerciais de referência do estado e por abrigar duas instituições universitárias públicas: a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) e a Universidade Estadual da Bahia (UNEB).

A região de saúde de Santo Antônio de Jesus inclui também o município de Amargosa como sede de Diretoria Regional de Saúde (Dires). Os municípios da região apresentam cobertura de 100% de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em sua quase totalidade e alta cobertura por Equipe de Saúde da Família (EqSF) (Tabela 1). Assim como no caso de Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus é o maior



município da região, embora não seja considerado de grande porte. Juntamente com Ubaíra e Jiquiriçá, apresenta a menor cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF), ainda que apresente o maior número absoluto de equipes e Unidades de Saúde da Família (USF) (21), sendo 4 na zona rural, e uma cobertura considerada alta (75%), segundo dados de dezembro de 2012.

Tabela 1 – Cobertura Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família, municípios da Região de Santo Antônio de Jesus (BA), dezembro, 2012

Município	População	Agentes Comunitários de Saúde		Equipes de Saúde da Família	
		N	%	N	%
Amargosa	34.602	83	100,0	9	89,7
Aratuípe	8.616	22	100,0	4	100,0
Castro Alves	25.483	64	100,0	10	100,0
Conceição do Almeida	17.796	48	100,0	6	100,0
Dom Macedo Costa	3.884	9	100,0	2	100,0
Elísio Medrado	7.954	20	100,0	3	100,0
Itatim	13.775	39	100,0	6	100,0
Jaguaripe	16.701	29	99,8	5	100,0
Jiquiriçá	14.147	31	100,0	2	48,8
Laje	22.444	50	100,0	7	100,0
Milagres	11.057	31	100,0	4	100,0
Muniz Ferreira	7.346	17	100,0	3	100,0
Mutuípe	21.530	51	100,0	6	96,1
Nazaré	27.366	58	100,0	9	100,0
Nova Itarana	7.500	19	100,0	3	100,0
Presidente Tancredo Neves	24.187	49	100,0	7	99,9
Salinas da Margarida	13.693	28	100,0	5	100,0
Santa Teresinha	9.722	23	100,0	4	100,0
Santo Antônio de Jesus	92.049	179	100,0	21	75,0
São Felipe	20.317	50	100,0	5	84,9
São Miguel das Matas	10.445	27	100,0	4	100,0
Ubaíra	19.728	45	100,0	3	52,5
Varzedo	9.047	17	100,0	3	100,0

Fonte: Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)>. Acesso em: 15 ago. 2013.

\* Estimativa da População coberta (ACS: N° de ACSx575 e ESF: N° de ESFx3.450)

\*\* Proporção da cobertura populacional estimada (ACS: N° de ACSx575/População IBGE, com limitador de cobertura de 100% e ESF: N° ESFx3.450/População IBGE, com limitador de cobertura de 100%).

Em dezembro de 2009 foi inaugurado o Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus (HRSAJ), referência em atendimento para toda a região do Recôncavo da Bahia, antes assistida quase que exclusivamente pelo Hospital Geral de Salvador.

Além do HRSAJ, o município, de acordo com informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde em janeiro de 2014, conta com 132 unidades, sendo duas de gestão estadual (Dires e HRSAJ), 33 próprias municipais e 97 pertencentes à rede privada, composta, sobretudo, por unidades de apoio diagnóstico, serviços odontológicos e clínicas/consultórios de especialidades. A rede municipal é conformada 23 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e USF, por uma Policlínica de Especialidades, um Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador, um Centro de Testagem e Aconselhamento, um Centro de Especialidades Odontológicas, dois Centros de Atenção Psicossocial (Álcool e Drogas e Tipo II), além de ambulâncias e unidade de vigilância epidemiológica e sanitária.

Tabela 2 – Estabelecimentos de saúde de Saúde de Santo Antônio de Jesus (BA), janeiro, 2014

	Tipo	Número
	Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	23
	Policlínica	2
	Hospital Geral	5
	Consultório Isolado	49
	Clínica/Centro de Especialidade	35
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia	7
	Unidade Móvel Terrestre	2
	Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência	3
	Hospital/Dia – Isolado	1
	Secretaria de Saúde	2
	Centro de Atenção Psicossocial	2
	Central de Regulação Médica das Urgências	1
	Total	132

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Imprimir\\_Unidade.asp?Chamada=3](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Imprimir_Unidade.asp?Chamada=3)>. Acesso em: 18 jan. 2014.

## Dimensões de análise da Atenção Primária à Saúde e potencialidades para a coordenação do cuidado

Conforme mencionado no capítulo 5, serão apresentados resultados do estudo de caso realizado no município de Santo Antônio de Jesus entre os anos de 2012 e 2013, com base em entrevistas semiestruturadas com gestores municipais (GM) e regionais (GM) (7), gestores estaduais (GE) (5) e estudo transversal com amostra representativa de usuários cadastrados (430), médicos (10) e enfermeiros (21) das Equipes de Saúde da Família (EqSF). Os resultados a seguir estão estruturados com base na matriz de análise apresentada no capítulo metodológico, incorporando variáveis das dimensões político institucional; organização da rede e eixo das práticas, confrontando a percepção de gestores, usuários e médicos e enfermeiros das EqSF.

### *Organização da Estratégia Saúde da Família: acesso e porta de entrada preferencial*

O município de Santo Antônio de Jesus localiza-se no centro da região de saúde e tem uma extensão territorial relativamente pequena se comparada a outros municípios como, por exemplo, Vitória da Conquista e Feira de Santana, além de uma população predominantemente urbana (87%). Estas características, segundo um gestor municipal, facilitaram a rápida expansão de cobertura pelas EqSF, processo iniciado a partir de 2005, o acompanhamento da implementação por parte da gestão municipal e o acesso da população aos serviços de saúde.

Entre os anos de 2004 e 2006, houve expansão de oito para 19 equipes. (BRASIL, 2013) O aumento da cobertura pela ESF possibilitou ao município a construção de um diagnóstico que melhor refletisse a realidade de saúde da população:

*A gente tinha subnotificação de tudo: de hipertenso, de diabético, de gestante, de doenças sexualmente transmissíveis, de dengue, de tudo. Por quê? Porque a popu-*

*lação não chegava a ter acesso à Atenção Básica. (GM/SAJ, 2012)*

A ampliação de cobertura pela ESF antecedeu a organização e ampliação dos serviços especializados de saúde no município:

*Uma vez que a população não tinha acesso à Atenção Básica, todo o planejamento para qualquer formação de rede era subestimado, o que acabava tornando inviável uma perspectiva de futura conformação de redes. (GM/SAJ, 2012)*

Este processo ocorreu não apenas em Santo Antônio de Jesus, mas nos demais municípios da região de saúde, todos de pequeno porte, que também alcançaram alta cobertura pela ESF, antes da organização dos demais níveis de atenção, processo este bastante recente: *“Então todos os municípios da micro para a formação de qualquer tipo de rede, de urgência e emergência, por exemplo, tinha que ter pelo menos 50% de cobertura de Atenção Básica”*. (GM/SAJ, 2012)

A ampliação do acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) e organização dos serviços de saúde, é particularmente importante em contexto de baixa cobertura por planos privados. Em Santo Antônio de Jesus, segundo dados do estudo transversal, apenas 16% dos respondentes declararam haver na família algum membro coberto, sendo que deste total, 43% da cobertura abrange apenas um membro da família, provavelmente, como um benefício vinculado ao trabalho (Tabela 3). Outro resultado do estudo realizado junto aos usuários cadastrados pela ESF mostra que 88% das famílias relataram não haver Posto ou Centro de Saúde antes da implantação da Unidade de Saúde da Família no respectivo bairro (ALMEIDA; SANTOS, 2014), dado que corrobora a importância da ampliação do acesso à APS.

Resultados do estudo apontam que é alto o número de usuários cadastrados que mencionaram conhecer a ESF, qual seja 412 de um total de 430 entrevistados. A grande maioria conhece o local de funcionamento da USF, considera de fácil acesso e menciona chegar a pé

à unidade. O Agente Comunitário de Saúde é conhecido por 96% dos entrevistados que conhecem a ESF e 63% informaram receber visita do ACS pelo menos uma vez por mês (Tabela 3).

Tabela 3 – Indicadores de acesso/utilização da ESF informados por famílias usuários cadastrados, Santo Antônio de Jesus (BA), 2013

Indicadores	Usuários	
	N (n)	%
Usuários que conhecem a ESF (espontânea + estimulada)	412 (430)	96
Usuários que conhecem o local de funcionamento da ESF	396 (412)	96
Facilidade de acesso ao local da USF	375 (396)	95
Usuários que relatam chegar a pé até o local de funcionamento da ESF	365 (396)	93
Usuários que conhecem o ACS	395 (412)	96
Usuários que receberam alguma visita do ACS	363 (395)	92
Usuários que recebem visita de ACS pelo menos uma vez ao mês	228 (363)	63
Famílias que possuem seguro privado de saúde	69 (430)	16
<b>Membros da família cobertos por seguro privado de saúde</b>		
Um membro da família	30 (69)	43
Dois membros da família	17 (69)	25
Três ou mais membros da família	22 (69)	32
<b>Avaliação dos usuários quanto a conseguir marcar consulta médica</b>	<b>308*</b>	<b>75</b>
Bom	155 (308)	50
Ruim	56 (308)	18
<b>Avaliação dos usuários quanto a conseguir consulta médica sem marcação prévia – demanda espontânea</b>	<b>308*</b>	<b>72</b>
Bom	105 (308)	34
Ruim	83 (308)	27

Fonte: Almeida e Santos (2014).

Nota 1: n= Total de usuários que poderiam responder a questão

Nota 2: \*usuários que relataram ter recebido atendimento na Unidade de Saúde da Família nos últimos 12 meses.

Por meio das entrevistas com gestores, observa-se incorporação do discurso oficial de que a ESF é considerada formalmente a porta de entrada preferencial para entrada no sistema de saúde, embora também seja consenso que concorre com outras unidades de saúde, por diversos fatores. A avaliação das famílias corrobora que, de fato, há uma busca expressiva de outras modalidades de serviço de saúde

como de primeiro contato, mesmo em dias e horários de funcionamento da USF (Tabela 4).

Tabela 4 – Serviço de saúde procurado em caso de doença por famílias cadastradas à ESF, durante a semana e em finais de semana/ feriados/ à noite, Santo Antônio de Jesus (BA), 2013

Serviço de saúde	Durante a semana		Finais de semana/ feriados/ à noite	
	N	%	N	%
Unidade de Saúde da Família	211	49	-	-
Ambulatório/emergência de hospital público	143	33	354	83
Consultório particular	23	5	19	4
Clínica/hospital ou emergência privados	24	6	27	6
Outros	29	7	30	7
Total	430	100	430	100

Fonte: Almeida e Santos (2014).

A existência de um Hospital Regional no município, com oferta de atendimento ambulatorial por demanda espontânea e de emergência, desarticuladas das demais unidades da rede, colabora para a busca de outras portas de entrada, respondendo como serviço de primeiro contato segundo 33% dos usuários (Tabela 4). Um dos entrevistados estimou que 50% da população busca diretamente o hospital e 50% as unidades básicas, embora ressalte que, antes da expansão das EqSF a procura pelo hospital era de 100%. Durante os finais de semana, 83% das famílias buscam cuidados no HRSAJ quando se sentem mal ou adoecem (Tabela 4). Gestores estaduais destacaram que a implantação de hospitais regionais em áreas historicamente desprovidas de serviços, como no caso do HRSAJ, representam um avanço no sentido de ocupar vazios assistenciais, problema histórico no estado da Bahia.

A Direção Clínica do HRSAJ argumenta que a cultura hospitalocêntrica ainda é muito forte e que pela análise da demanda espontânea que chega ao hospital percebe que muitos usuários passam pela USF ou, às vezes, nem a procuram alegando não haver médicos nem

materiais, seguindo diretamente para o hospital, por considerarem que “*só o hospital cura, só o hospital resolve*”. (GR, 2012) Neste mesmo sentido, a busca pela realização imediata de exames também foi mencionada como uma das causas de procura de atenção de primeiro contato na emergência hospitalar: “*Eu (o usuário) quero ter o meu kit básico de exames laboratoriais numa unidade de saúde. Na emergência eu vou esperar, eu vou chegar de madrugada, vou enfrentar uma fila, vou perder o sono, mas vou sair de lá com meu kit básico de exames*”. (GM/SAJ, 2012)

Entre as razões mencionadas pelos gestores para a busca de outros pontos de entrada estão a ausência ou falhas no acolhimento e na resolubilidade das EqSF e a falta de compreensão por parte da população da forma de organização da APS, que funcionaria por meio de agendamentos e programas. A avaliação dos usuários ratifica problemas na utilização dos serviços prestados pela EqSF, tanto no que se refere à marcação de consultas médicas quanto ao atendimento à demanda espontânea (Tabela 3), sugerindo problemas na organização do processo de trabalho das equipes que podem comprometer a função de porta de entrada preferencial pela APS.

Alguns serviços presentes no município, mas de âmbito regional, como o Centro de Referência de Saúde do Trabalhador, os Centro de Atenção Psicossocial podem ser buscados diretamente pelo usuário sem necessidade de referência pela APS, embora as EqSF possam realizar encaminhamento para estes serviços. No caso do Centro de Especialidades Odontológicas o usuário só é atendido mediante referência.

### ***Abrangência dos cuidados ofertados por Equipes de Saúde da Família***

A expansão das EqSF vem sendo acompanhada, segundo a gestão municipal, por uma preocupação com o aumento da qualidade e maior resolubilidade da atenção. Em Santo Antônio de Jesus, uma das estratégias mencionadas seria o fortalecimento da prática assistencial dos

demais profissionais da ESF para que tenham autonomia na resolução problemas de saúde da população. Também seria importante, com o aumento do protagonismo do trabalho em equipe, que a população reconhecesse que a atuação da ESF não se sustenta apenas no profissional médico, destacou um dos gestores.

Dos 412 usuários entrevistados que relataram conhecer a ESF, 391 (95%) afirmaram que alguém da família já foi atendido alguma vez na USF, sendo 83% pelo profissional médico, o que parece indicar para a constituição de um modelo de cuidado fortemente centrado no médico e subutilização de profissionais da enfermagem em ações clínicas (Tabela 5).

Tabela 5 - Profissional da Equipe de Saúde da Família responsável pelo atendimento segundo famílias cadastradas, Santo Antônio de Jesus (BA), 2013

Profissional	Usuários	
	N	%
Médico	323	83
Enfermeiro	51	13
Agente Comunitário de Saúde	2	0,5
Auxiliar de enfermagem	7	1,5
Odontólogo	4	1
Outro/não sabe/não respondeu	4	1
Total	391	100

Fonte: Almeida e Santos (2014).

Quanto à resolubilidade das EqSF, das 391 famílias que informaram ter sido assistidas alguma vez na USF, cerca de 70% conseguiu resolver seu problema de saúde neste atendimento.

Pequena parte dos usuários que não consegue resolver seu problema de saúde no atendimento prestado pela EqSF informa ser referenciado para a atenção especializada (20%). Contudo, percentual bastante expressivo busca atendimento diretamente no HRSAJ (30%) e na rede privada (33%), sugerindo pagamento do próprio bolso, uma vez que a cobertura por planos de saúde é baixa no município (Tabela 6). O expressivo percentual de usuários que busca



atendimento por conta própria no hospital ou na rede privada quando não conseguem resolver seu problema na APS, pode agravar os problemas já mencionados para a consolidação da porta de entrada pela ESF.

Tabela 6 – Resolubilidade do atendimento prestado pelas Equipes de Saúde da Família informada por famílias cadastradas, Santo Antônio de Jesus (BA), 2013

Indicadores	Famílias	
	N	%
<b>Resolução do problema de saúde em atendimento prestado pela EqSF</b>	391 <sup>1</sup>	
Sim	274	70
Não	117	30
<b>Ações realizadas quando NÃO há resolução do problema de saúde</b>	117	
Referência para especialista da rede pública realizada pela EqSF	23	20
Busca direta de atendimento em hospital/emergência	35	30
Busca direta de atendimento na rede privada	39	33
Não faz nada/não procura serviços de saúde	16	14
Outro/Não sabe/não respondeu	4	3
<b>Realização de exame de patologia clínica solicitado pelo profissional da EqSF nos últimos 12 meses</b>	141 <sup>2</sup>	
Realizou todos os exames na rede pública	73	52
Realizou alguns exames na rede pública	37	26
Realizou todos os exames na rede privada	31	22
<b>Acesso a medicamentos em atendimento realizado pela EqSF</b>	341 <sup>3</sup>	
Recebeu todos os medicamentos	146	43
Recebeu alguns medicamentos	170	50
Não recebeu medicamentos	25	7

Fonte: Almeida e Santos (2014).

1 – Famílias que relataram terem sido atendidas alguma vez na Unidade de Saúde da Família.

2 – Famílias que afirmaram ter conseguido realizar os exames de patologia clínica solicitados pela EqSF nos últimos 12 meses.

3 – Famílias que afirmaram ter necessitado de medicamentos solicitados pela EqSF nos últimos 12 meses.

A coleta de material para exames de patologia clínica e o citopatológico para câncer de colo do útero é realizada nas USF, inclusive nas unidades da zona rural, segundo a gestão. O material é recolhido e levado para os dois laboratórios, prestadores privados contratados pelo município. Nestes casos, o resultado é encaminhado diretam-

te para a USF, o que não ocorre com os exames especializados, cujo resultado deve ser buscado pelo usuário.

Das famílias que nos últimos 12 meses necessitaram exames de patologia clínica solicitados por profissional da EqSF (188), 76% relataram conseguir realizá-los (ALMEIDA; SANTOS, 2014), embora deste total apenas 52% (75) informaram que todos os exames foram feitos na rede pública de saúde, enquanto 22% relataram que os mesmos foram realizados num prestador privado de saúde (Tabela 6), mais uma vez evidenciando a dependência do setor privado na busca por procedimentos também no campo da APS. Das famílias atendidas alguma vez na Unidade de Saúde da Família, cerca de 87% (341) necessitou utilizar medicamentos prescritos pela equipe, sendo que 50% relataram que recebem apenas alguns medicamentos (Tabela 6).

Foi destacado que as estratégias para fortalecimento das equipes de APS empreendidas pela gestão municipal, mesmo insuficientes, não vêm acompanhados dos respectivos aportes financeiros, tanto federal como estadual. O gestor municipal citou inclusive o exemplo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que mesmo representando uma possibilidade de aumento de recursos e de melhoria do processo de trabalho das equipes, com alta adesão no 1º ciclo (81% das EqSF), exige uma série de adequações em termos de estrutura física e qualificação que para serem realizadas necessitam de investimentos *a priori*: “O projeto (PMAQ) é perfeito, excelente. Mas tem que haver investimento prévio para que as unidades alcancem os padrões de qualidade avaliados”. (GM/SAJ, 2012)

### ***Gestão do trabalho e Educação Permanente em Saúde para trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família***

Em Santo Antônio de Jesus a contratação de médicos, enfermeiros e odontólogos para a ESF é feita por meio de uma cooperativa, que se encarrega da seleção e contratação destes profissionais. Um dos compromissos firmados entre a empresa contratante e a Secretaria Muni-

principal de Saúde é não deixar equipes incompletas, embora a rotatividade, sobretudo de médicos, continue sendo alta. Para o município esta foi uma alternativa para o preenchimento das vagas, visto que a cooperativa conta com uma rede ampla de contatos, conseguindo atrair profissionais de várias regiões da Bahia e de outros estados. Os demais componentes da EqSF, técnicos de enfermagem, ACS, serviços gerais e agentes administrativos são funcionários da própria secretaria.

Embora tenha sido avaliado pela gestão municipal que a cooperativa minimize problemas para a consecução de profissionais para ESF, permanecem os contratos precários de trabalho, confirmados por médicos e enfermeiros, sobretudo contratos temporários. Embora enfrente problemas de rotatividade nas equipes, mais de 50% dos enfermeiros e 40% dos médicos afirmaram tempo superior a três anos de atuação na ESF do município. Cabe ressaltar, conforme explicitado no capítulo metodológico, o percentual de médicos que se recusaram ou não foram encontrados nas USF para participar do estudo foi de 50%, que poderiam ser justamente os de contratação mais recente e mais afetados pelas mudanças causadas pela transição política.

Outra dificuldade informada para a contratação e fixação de médicos é a grande disputa entre os municípios, com oferta de salários maiores e benefícios que contradizem as diretrizes para a atuação na ESF: “*Você médico vem para cá que te ofereço dois turnos a mais de folga, lhe dou R\$100,00 a mais que tal município*”. (GM/SAJ, 2012)

O acordo com a cooperativa foi uma estratégia para evitar a “negociação” direta entre gestor e profissionais, situação considerada incômoda e mesmo antiética:

*Tem profissionais que chegam no setor de RH para ser contratado e dizem: ‘O município X me ofereceu mais. Você cobre? Aí o profissional (médico) liga para o outro e diz: ‘Santo Antônio ofereceu R\$100,00 a mais. O senhor oferece mais? Eu não sei se é uma falta de respeito do gestor para com o profissional ou falta de respeito do profissional consigo mesmo. (GM/SAJ, 2012)*

Tabela 7 – Indicadores de gestão do trabalho e Educação Permanente em Saúde na Estratégia Saúde da Família, médicos e enfermeiros, Santo Antônio de Jesus (BA), 2013

Indicadores	Médicos		Enfermeiros		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Modalidade de contratação</b>						
Celetista	2	20	0	0	2	6
Contrato temporário	7	70	13	62	20	65
Outro	1	10	8	38	9	29
<b>Tempo de atuação na ESF no município</b>						
Até 6 meses	0	0	5	5	5	16
De 7 meses a 12 meses	4	40	1	5	5	16
De 13 meses a 24 meses	0	0	3	14	3	10
De 25 meses a 36 meses	2	20	1	5	3	10
De 37 meses a 48 meses	1	10	2	9	3	10
Mais de 4 anos	3	30	9	43	12	39
<b>Dias semanais de atuação na ESF</b>						
1	1	10	0	0	1	3,2
2	0	0	1	5	1	3,2
4	8	80	2	9	10	32,3
5	1	10	18	86	19	61,3
<b>Carga horária semanal (horas)</b>						
10	1	10	0	0	1	3
20	0	0	1	5	1	3
30	1	10	3	14	4	13
40	8	80	17	81	25	81
<b>Salário compatível com as atribuições na ESF</b>						
Sim	5	50	1	5	6	19
<b>Capacitação e Educação Permanente em Saúde</b>						
Especialização com enfoque em SF						
Sim	3	30	4	19	7	23
<b>Treinamento Introdutório</b>						
Sim	5	50	13	62	18	58

Fonte: Almeida e Santos (2014).

O cumprimento das 40h semanais também é um problema enfrentado pelos gestores para consolidação da ESF, exigindo estratégias

diferenciadas para municípios de difícil fixação de profissionais que não aquelas dispostas da Portaria 2.027/2011 do Ministério da Saúde que permitiu a contratação de médicos 40h, 30h ou 20h. No município trabalha-se na perspectiva de cumprimento de quatro dias semanais para médicos, informação confirmada por este profissional, que também informa cumprir as 40h semanais (Tabela 7). Contudo, é difícil concorrer com municípios da região cujo profissional atua dois dias na semana em esquema de “turnão”. Segundo um dos gerentes entrevistados a Portaria 2.027/2011 foi um “terror” para os municípios, pois embora haja a possibilidade de contratação de médicos por 20h ou 30h, há uma redução considerável no repasse federal, que já é considerado insuficiente. Grande parte dos enfermeiros (86%) relataram cumprimento dos cinco dias e das 40h semanais (81%) (Tabela 7).

Os resultados do estudo demonstram que médicos e enfermeiros avaliam de forma diferenciada a compatibilidade entre salário recebido e atribuições na ESF. A grande maioria dos enfermeiros (95%) considera seu salário incompatível com suas atribuições. Destaca-se que, como já mencionado, este profissional afirma cumprir cinco dias de trabalho semanais e recebe salários inferiores ao profissional médico (Tabela 7), embora 50% discordam que recebam o mesmo reconhecimento que o médico. (ALMEIDA; SANTOS, 2014)

Segundo o gestor municipal há incentivos para processos de educação permanente que contribuem para o processo de trabalho na ESF como, por exemplo, liberação para participação em cursos, pagamento de diárias, transporte e promoção de capacitações. Cerca de 23% dos médicos e enfermeiros afirmaram possuir especialização com enfoque em Saúde da Família e maior percentual de enfermeiros realizaram Treinamento Introdutório. De acordo com gestores, a implantação do SAMU e do Hospital Regional foram dois fatores que favoreceram a atração e fixação de médicos para a ESF, pela possibilidade de aliar o trabalho na APS com a realização de plantões. A presença de estudantes nas USF também foi mencionada como um elemento que colabora para a disseminação de certa

cultura de trabalho na APS, ao mesmo tempo, que instiga a necessidade de aprimoramento dos profissionais.

### *Oferta de serviços na rede de atenção: acesso à atenção especializada, hospitalar e aos serviços de urgência e emergência*

Conforme já mencionado, no município, segundo gestores entrevistados, primeiro houve expansão das EqSF e posteriormente da rede especializada.

O acesso à média complexidade é realizado predominantemente por meio de referência da APS, informaram os gestores. Os especialistas da rede e do HRSAJ também podem solicitar o retorno do usuário sem que o mesmo tenha que passar novamente pela EqSF. No município, existe uma Central de Marcação e Regulação de Exames e Consultas Especializadas informatizada denominada – Unidade Gestora de Regulação e Atenção à Saúde – que atende à demanda de Santo Antônio de Jesus e de outros municípios da região de acordo com a Programação Pactuada e Integrada (PPI). Em geral, busca-se trabalhar de forma articulada com as EqSF por meio de protocolos de acesso. As cotas de especialidades são distribuídas para cada área e para cada USF de acordo com parâmetros populacionais e epidemiológicos.

As solicitações de referência chegam à Central via malotes recolhidos nas USF e são entregues nestas mesmas unidades após a marcação. Existe também a possibilidade do usuário ir diretamente à Central para tentar a marcação – o que é chamado “balcão” – por acreditar, muitas vezes, que desta forma conseguirá o agendamento com maior agilidade. Quando isto acontece, esta marcação é subtraída da cota de “balcão” e não da cota reservada a cada USF, o que dificulta bastante o planejamento da oferta de atenção especializada. Foi relatado pela gestão municipal que há um trabalho de informação ao usuário para que siga os fluxos institucionalizados, contudo, ainda é bastante incipiente a aceitação da nova dinâmica e também haveria falta de orientação na recepção da USF.

No município, os serviços especializados são contratados preferencialmente por meio de licitações, com abertura de chamadas públicas. Fato bastante comum é o não comparecimento do prestador no dia da licitação. Além da oferta para atender ao município, são comprados serviços para cumprir os acordos firmados na PPI. Segundo a Coordenação de Atenção Especializada, alguns mecanismos para controle da qualidade dos serviços contratados são estabelecidos como: visitas ao prestador para avaliar a capacidade de ofertar o serviço, estabelecimento de metas para entrega de resultados de exames e auditoria. A maior parte dos exames, tanto especializados quanto de patologia clínica, é feita em rede conveniada/contratada.

Parte da oferta de atenção especializada oferecida à região é provida pelo HRSAJ. Embora tenha sido inaugurado ao final de 2009, somente em 2012, cerca de 60% da oferta de consultas especializadas realizadas em seu ambulatório passou a ser regulada pelo município, segundo gestores entrevistados. O processo de integração tem sido bastante gradual e difícil, sendo um dos motivos constante de queixas e debates na Comissão Intergestores Regional (CIR).

Segundo um gestor entrevistado a grande dificuldade para a prestação de atenção especializada não seria somente a falta de integração entre prestadores, mas a insuficiente oferta: *“O que falta mesmo são recursos para você oferecer ao usuário aquela quantidade de exames e de procedimentos de uma forma real”*. (GM/SAJ, 2012) Menciona ainda que nem sempre o município consegue contratar prestadores e serviços com base nos valores da Tabela SUS, problema este ratificado por outros gerentes entrevistados. Quando a contratação é realizada para cumprir serviços pactuados na PPI, muitas vezes, o município recebe menos do que contratou em função do que foi possível *“negociar”* junto ao prestador privado. Para o gestor do SAMU Regional, os valores pagos pela Tabela SUS têm repercussões mais graves nos pequenos municípios em função da insuficiência de profissionais. Algumas licitações para consultas de média densidade tecnológica chegam a ser lançadas três vezes, sem

sucesso: “*Aí depois vem a negociação, a compra de serviços fora da Tabela, pois o profissional quer 3,4,5 vezes mais do que o SUS pode pagar, daí o recurso que era para 4 consultas só dá para pagar uma*”. (GR/SAJ, 2012)

Em relação à PPI, destacou-se também que procedimentos são pactuados com outros municípios quando nem mesmo se consegue atender à demanda interna da sede, Santo Antônio de Jesus:

*Por exemplo, o município de Santo Antônio pactua com outros municípios uma quantidade X de exames de laboratório. Às vezes eu não dou conta do meu município, como é que vou dar conta de prestar atendimento para os municípios vizinhos? Então tem horas que a gente fala assim: ‘Ou marca para o PSF ou marca para os municípios’ (GM/SAJ, 2012)*

O cumprimento da PPI é ponto constante de tensionamento entre os municípios da região.

Os exames de ultrassonografia em geral, foram citados como aqueles com maior fila de espera e, entre as especialidades, a dermatologia, cardiologia e oftalmologia, esta última por falta de profissional, problema recorrente que altera o perfil das especialidades com maior tempo de espera. As filas de espera para atenção especializada constituem-se por motivos diversos. Há filas para algumas especialidades porque as cotas são insuficientes, para outras, porque o município não consegue contratar profissionais. Também foi mencionada a inadequação de algumas referências: “[...] muitas vezes eles (profissionais da rede) encaminham um paciente que não precisa de um serviço especializado e aquele que está precisando fica ali esperando”. (GM/SAJ, 2012)

Periodicamente há um dimensionamento da chamada “demanda reprimida”, por meio da análise das listas de espera. O sistema de regulação permite gerar relatórios para monitoramento da fila segundo referências emitidas por cada USF e também detectar seguidas



solicitações do mesmo procedimento, em curtos intervalos de tempo pelo mesmo profissional, fato este justificado de várias formas: “*Por que o senhor está fazendo de novo esse exame? ‘Ah, porque eu perdi os primeiros ou não sei onde botei’ ou então ‘Porque não fui buscar o resultado, aí fui para o médico e ele solicitou tudo de novo’*”. (GM/SAJ, 2012) Quando a lista de espera atinge índices críticos, o mutirão é uma das estratégias utilizadas.

Também é possível remanejar a oferta de atenção especializada entre as cotas da USF e cotas de “balcão”. Contudo, a carência de profissionais na área de controle e avaliação não permite análises mais aprofundadas: “*A gente acaba trabalhando como bombeiro, só apagando incêndio e acabamos perdendo um excelente instrumento de análise. O monitoramento existe, mas é muito novo ainda na perspectiva da institucionalização do serviço*”. (GM/SAJ, 2012) Informalmente, é dado retorno para algumas EqSF, geralmente para o enfermeiro, quando este procura a coordenação da Central para negociar aumento de cotas.

Os índices de faltas são elevados, estimados pelo SMS, em cerca de 30% em períodos festivos como Natal, Ano Novo, festejos juninos e Carnaval. Quando algum usuário necessita de um atendimento especializado com prioridade é encaminhado diretamente para a Policlínica e “encaixado” em vaga de faltosos.

As dificuldades para provisão de atenção especializada se refletem na avaliação dos usuários entrevistados. Dos 412 usuários que conhecem a ESF, 51,5% (212) relataram que nos últimos 12 meses necessitaram de uma consulta com especialista, sendo que a maioria buscou atendimento em serviço privado de saúde. As dificuldades de acesso à atenção especializada ficam evidentes na Tabela 8, que demonstra que apenas 43% dos usuários que necessitaram de consultas especializadas buscaram serviços públicos de saúde (Tabela 8).

Tabela 8 – Serviço especializado procurado para realização de consulta médica e forma de acesso ao especialista nos últimos 12 meses segundo usuários entrevistados, Santo Antônio de Jesus (BA), 2013

Indicadores	Usuários	
	N	%
<b>Refere ter ido ao especialista para consulta nos últimos 12 meses</b>	412	51,5
<b>Serviço especializado procurado para realização de consulta médica</b>	212	
Policlínica	36	17
Ambulatório do HRSAJ	20	9
Hospital público	33	16
Pronto-socorro ou emergência públicos	2	1,0
Serviço privado de saúde (consultório/hospital)	108	51
Outro	13	6
<b>Consulta com especialista foi referenciada por EqSF</b>	212	31
<b>Forma de acesso ao especialista para usuários referenciados por profissional da EqSF</b>	65	
Consulta agendada pela USF e a data e hora avisadas posteriormente	30	46
Recebimento de referência e agendamento da consulta diretamente na Central de Marcação pelo usuário	19	29
Recebimento de referência, mas buscou serviço privado de saúde	6	9
Outros	10	16

Fonte: Almeida e Santos (2014).

Apenas 31% (65) dos usuários mencionaram que a referência para o especialista foi realizada por profissional da EqSF, sendo que a principal forma de acesso foi o agendamento da consulta pela USF e a data e hora posteriormente avisadas. Ratifica a percepção dos gestores percentual importante de usuários que indicaram procurar diretamente a central de Marcação de Consultas ou “balcão”.

Cerca de 1/3 dos médicos e enfermeiros informaram que poucas vezes conseguem agendamento para o especialista, ratificando as dificuldades de acesso (Tabela 9).

Tabela 9 – Frequência de realização de agendamento para consultas e exames especializados e internações, médicos e enfermeiros, Santo Antônio de Jesus (BA), 2013

Indicadores	Médicos		Enfermeiros		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Consultas especializadas</b>						
Sempre /na maioria das vezes	5	50	14	67	19	61
Poucas vezes	4	40	7	33	11	36
Não sabe/Não respondeu	1	10	0	0	1	3
<b>Exames especializados</b>						
Sempre/na maioria das vezes	2	20	15	71	17	55
Poucas vezes/Nunca	7	70	5	24	12	38
Não sabe/Não respondeu	1	10	1	5	2	7
<b>Internações</b>						
Sempre/na maioria das vezes	2	30	13	62	15	48
Poucas vezes/nunca	7	60	7	33	14	46
Não sabe/Não respondeu	1	10	1	5	2	6

Fonte: Almeida e Santos (2014).

Parcela expressiva dos usuários entrevistados que conhecem a ESF, cerca de 31% (126), informou necessidade de realizar exame especializado solicitado por profissional da EqSF nos últimos 12 meses. Embora 59% tenha relatado que conseguiu realizar o exame, 41% informou que não, o que confirma dificuldades de acesso à atenção especializada no município também no que se refere aos exames diagnósticos. (ALMEIDA; SANTOS, 2014) Assim como no caso das consultas especializadas, percentual semelhante de profissionais (38%) informou que poucas vezes/nunca consegue agendar exames especializados (Tabela 9).

Os leitos do HRS AJ, segundo a direção clínica, estão todos na central de regulação da SESAB e a oferta de procedimentos eletivos para os municípios é garantido por meio de pactuação. O acesso ao hospital é alvo de dissensos entre gestores e também de tensão nos órgãos colegiados, com troca mútua de acusações. Segundo o representante do HRS AJ foi levado a CIR a necessidade de revisão da PPI,

inclusive com a presença de representantes do hospital para que a pactuação possa ser realizada de acordo com o perfil e capacidade instalada desta unidade. Médicos e enfermeiros apontam dificuldades para agendamento de internações, sendo que 46% informam que poucas vezes ou nunca conseguem realizar o agendamento.

### *Coordenação do cuidado por Equipes de Saúde da Família*

No município, a grande dependência da rede privada e a forma de contratação de especialistas por procedimentos é um entrave à coordenação do cuidado pelas EqSF e também para a integração da rede. Segundo a Coordenação de Regulação, enquanto o médico da ESF é contratado para cumprir determinada carga horária, o especialista é contratado por número de procedimentos prestados, o que gera fragmentação: *“O começo de tudo já fragmenta, já coloca este profissional assim. Parece que são dois sistemas, o PSF de um lado e os especialistas de outro”*. (GM/SAJ, 2012)

A comunicação entre HRSAJ e as demais unidades municipais também é incipiente, não estando consolidados mecanismos de referência e contrarreferência. Muitas vezes, o usuário é atendido no hospital, são solicitados exames e marcada consulta de retorno, criando um vínculo com o profissional deste serviço.

A gestão municipal não tem muitas informações sobre a contrarreferência, que, em geral, é garantida nos casos do pré-natal de alto risco cujas informações são registradas no cartão da gestante. Quando o usuário é atendido na rede contratada/conveniada praticamente inexistente. Foi mencionado que a contrarreferência só é realizada por solicitação e cobrança do próprio usuário, instruído pela equipe ou profissional que o atendeu na rede básica: *“Não saia de lá se ele não te der um papelzinho preenchido. Fique no pé do médico para preencher porque quando você voltar a gente vai saber o que foi que aconteceu com você por meio deste papel”*. (GM/SAJ, 2012)

A referência é somente um instrumento para marcação de procedimentos e não de comunicação entre especialista e generalista e

para garantia de continuidade do cuidado. A visão do especialista e também do profissional que atua nas EqSF sobre o funcionamento em rede é considerado insuficiente: “*ainda fica cada um no seu pedaço. O especialista também precisa estar inserido no processo de conhecimento do SUS, de como o PSF funciona*”. (GM/SAJ, 2012) A avaliação dos usuários cadastrados corrobora a percepção dos gestores, informando que 62% receberam a referência e apenas 27% a contrarreferência (Tabela 10).

Estratégias que podem favorecer a coordenação do cuidado pelas EqSF nos casos de internação estão sendo empreendidas. Cerca de 43% das famílias relataram receber informações pós-alta e 40% que profissionais da ESF buscaram informações e/ou realizaram visitas durante a internação, sendo estas ações empreendidas sobretudo pelo ACS.

Tabela 10 – Ações de coordenação do cuidado, segundo usuários e famílias cadastradas, Santo Antônio de Jesus (BA), 2013

Indicadores	Usuários/Famílias	
	N	%
Usuários referenciados nos últimos 12 meses por profissional da EqSF que receberam informações por escrito do para entregar ao especialista	55 <sup>1</sup>	62
Usuários referenciados nos últimos 12 meses por profissional da EqSF que receberam a contrarreferência	55 <sup>1</sup>	27
Famílias com internação nos últimos 12 meses que receberam informações por escrito para entregar à EqSF	29	43
Famílias com internação nos últimos 12 meses que relataram busca de informações e/ou visita por profissional da EqSF durante a internação	27	40
Profissional responsável por busca de informação e/ou visita durante a internação – ACS	18	67

Fonte: Almeida e Santos (2014).

1 – Total de usuários referenciados nos últimos 12 meses por profissional da EqSF e que foram atendidos pelo especialista.

A gerência de Atenção Básica aponta que as dificuldades para que as EqSF assumam a função de coordenação do cuidado são ainda maiores quando se trata das ações de Vigilância à Saúde: “*Eu vejo*

*o contrário, a Vigilância é quem detecta os casos e aciona a USF e não o contrário. (...) As USF só fazem o papel dos cuidados, mas têm muita dificuldade de identificar problemas epidemiológicos e agir na causa do problema”. (GM/SAJ, 2012) Menciona, ainda, que agentes de endemias e comunitários não trabalham juntos, apesar da unificação destas funções na figura do ACS. Ainda assim, ressaltou que, em relação ao que havia no passado, hoje há algum tipo de integração, sobretudo no que se refere à notificação compulsória de agravos e rastreamento de pacientes.*

No município ainda é recente a organização do processo de trabalho na lógica das linhas de cuidado. A coordenação da Atenção Básica foi capacitada para iniciar a implantação junto às EqSF pela atenção à infância. Há um entendimento de que a equipe não deve organizar o planejamento da unidade por dias ou turnos dedicados a uma determinada patologia, embora a alegação seja sempre de que esta é uma estratégia para a organização do processo de trabalho: *“Quando o usuário chega na recepção ouve logo: ‘hoje não é dia de gestante, é dia de hipertenso’. Aí a gestante volta [...]”*. (GM/SAJ, 2012)

Na região de saúde de Santo Antônio de Jesus não há projetos para a construção de linhas de cuidados regionalizados, que garantam a continuidade da atenção para o usuário, coordenados pelas EqSF. Até o momento de realização do estudo, apenas a implantação do SAMU regional havia conseguido mobilizar esforços para a construção de uma linha de cuidados regionalizados. Segundo gestores estaduais, a construção das Redes Temáticas está sendo o dispositivo para a real criação de um plano de atenção à saúde no estado:

*Até então a discussão vinha sendo sempre focada na questão da PPI, e a gente está experimentando uma possibilidade agora, uma nova forma de fazer com a organização das redes temáticas, com apoio do Ministério da Saúde, na verdade provocado pelo Ministério da Saúde. (GE, 2012)*

A constituição da Rede Cegonha foi considerada a que mais avançou no estado como um todo, embora seja reconhecido que a rede de urgência e emergência é mais disseminada em função da existência prévia do SAMU.

Corroborar esta observação o fato dos gestores entrevistados responderem apenas por questões relativas ao seu próprio município. Pelo fato da APS ser responsabilidade dos gestores municipais, não houve relatos de articulação regional, sendo que as negociações giram em torno da atenção especializada e hospitalar. A responsabilidade pelo cuidado por parte das EqSF circunscreve-se aos limites geográficos de cada município.

## Considerações finais

Ao buscar compreender os limites e possibilidades para que as Equipes de Saúde da Família assumam a coordenação do cuidado em Redes de Atenção à Saúde, conforme os princípios da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011), nos deparamos com constrangimentos tanto no que se refere às políticas institucionais, de organização da rede, quanto na provisão dos serviços e ações de APS de forma que, fortalecida em seus atributos essenciais (STARFIELD, 2002) pudesse assumir esta função-chave.

Tentativas de organização da rede de serviços de saúde em Santo Antônio de Jesus iniciam-se com a expansão da ESF, que além da ampliação do acesso, oportunizou a construção de um diagnóstico de saúde mais adequado à situação local, fator este imprescindível para o planejamento e utilização mais racional dos recursos. Neste sentido, a expansão da APS em si pode ser apontada como um elemento potencialmente dinamizador da conformação de redes mais sincronizadas às necessidades de saúde da população, embora o subfinanciamento nos níveis federal e estadual comprometam avanços na qualidade do cuidado.

Ainda na dimensão ampliação do acesso, ressalta-se sua importância em contexto de baixa cobertura por planos privados de saúde,

como no caso de Santo Antônio de Jesus, se comparado à realidade da capital (28%) e à própria média nacional (25%) (BRASIL, 2012) e ao dado, não menos importante, da quase ausência de unidades de APS antes da implantação da ESF. Barreiras de acesso também são minimizadas pela proximidade geográfica das USF em relação ao local de moradia.

A incorporação do discurso oficial de organização da rede com base na definição da porta de entrada preferencial pela APS confronta-se aos resultados que demonstram forte concorrência dos serviços ambulatoriais e de emergência hospitalares como serviço de primeiro contato. Esta situação é provavelmente agravada pela insuficiente articulação entre os pontos de atenção, cuja gestão é, respectivamente, municipal e estadual e por problemas na organização do processo de trabalho das EqSF na articulação entre ações programadas e atendimento à demanda espontânea. A integração entre serviços de abrangência regional como os CAPS, CEREST e CTA e as USF ainda parecem não ser tema da agenda política, sendo, os primeiros, porta de entrada para agravos específicos.

A atração pelo cuidado especializado e pela realização de procedimentos diagnósticos, elementos mencionados pelos gestores como propulsores da busca de cuidados em unidades hospitalares, vai ao encontro a um modelo de APS centrado na figura do médico ou na provisão de consultas médicas e com subutilização do profissional de enfermagem no desempenho de ações clínicas e de coordenação. Este resultado é particularmente preocupante em contexto de insuficiência de médicos, como é caso não apenas de Santo Antônio de Jesus, mas dos demais municípios da região de saúde e para a construção de processos de trabalho na lógica do cuidado em rede.

O desempenho da função de porta de entrada pela APS também é comprometida por problemas de resolubilidade das EqSF. Ademais do importante percentual de usuários que buscam diretamente serviços ambulatoriais e de urgência como primeiro contato, entre as famílias assistidas pela ESF, 30% necessitam de referência para outros pontos



de atenção, sendo a busca direta, novamente pelo hospital, ou pela rede privada, a alternativa encontrada por aproximadamente 2/3 dos usuários.

A utilização de serviços privados para a realização de procedimentos também se apresenta no campo da APS e não apenas no que se refere às especialidades. Parte importante dos usuários com solicitação de exames de patologia clínica, não conseguiram realizá-los e cerca de 1/5 dos que conseguiram fazê-los buscaram diretamente laboratórios privados, provavelmente por pagamento do próprio bolso. O acesso aos medicamentos também compromete a resolubilidade e abrangência da APS.

A gestão do trabalho permanece como um nó crítico para a consolidação da ESF e conformação de redes. Não houve avanços no município em relação à desprecarização do trabalho em saúde. Médicos e enfermeiros eram contratados por cooperativas sem garantia de direitos. Na realização deste estudo, constatou-se a ausência de médicos nas USF, em função da transição política enunciada pelas eleições municipais, em decorrência de terem sido demitidos e/ou pedido demissão, muitas vezes, sem que as respectivas equipes soubessem explicar a ausência do profissional na unidade.

Apesar da precarização dos vínculos, mais da metade dos médicos e enfermeiros atuavam há mais de três anos na ESF no município e 3/4 afirmaram cumprir 40h semanais, embora a concorrência por médicos entre os municípios da região compromettesse a fixação. O reconhecimento profissional, que também se reflete na falta de isonomia salarial e na percepção da compatibilidade entre proventos recebidos e trabalho realizado, se desvela na avaliação de médicos e enfermeiros, com subvalorização destes últimos.

Ainda na perspectiva de organização da rede, o acesso à atenção especializada se apresenta como um ponto nodal, em vários aspectos. A oferta de serviços de saúde no município aponta para forte dependência do setor privado na prestação de atenção especializada, cuja insuficiência e subfinanciamento públicos, aliados a uma utilização,

por vezes, inadequada dos recursos existentes e à desarticulação entre prestadores, pode ser apontada como fatores que dificultam a continuidade do cuidado, atributo este que expressaria a provisão de atenção em saúde articulada, sincronizada, em tempo e local oportunos, adequada as necessidades em saúde e compatível com as expectativas pessoais dos usuários. (BOERMA, 2007; HOFMARCHER; OXLEY; RUSTICELLI, 2007; NÚÑEZ, LORENZO; NAVERRETE, 2006) Frente ao panorama apresentado, pensar em continuidade da atenção na percepção do usuário, expressão de uma rede coordenada pela APS, parece um objetivo pouco factível. Um dos resultados demonstra que aproximadamente metade dos usuários buscou consulta especializada em serviços privados de saúde em episódio de uso recente.

Como aspecto positivo, há tentativas de formalização de fluxos para acesso ao especialista por meio de protocolos e tentativas de planejamento da rede de referência com base nos encaminhamentos realizados desde a APS, ainda que os usuários busquem caminhos alternativos, o que é compatível com as expressivas barreiras de acesso e utilização de serviços de média densidade tecnológica. O conhecimento do perfil dos profissionais da APS também facilita ações de monitoramento das referências pela gestão municipal.

Por outro lado, a própria forma de contratação dos especialistas por meio de procedimentos e não por carga horária inviabiliza qualquer tentativa de superar a fragmentação da rede por meio de uma concepção de cuidado contínuo e interdependente da comunicação entre os diversos pontos de atenção, o que certamente se reflete na incorporação de estratégias que poderiam contribuir para a coordenação do cuidado, como a contrarreferência e outros mecanismos formais e informais de comunicação entre prestadores.

O acesso às internações também é outro nó crítico para a integração da rede, agravado pela desarticulação do HRSAJ. Ainda assim, percentual expressivo de usuários informou receber relatório pós-alta e busca de informações e/ou visitas, sobretudo do ACS, durante o período de internação. Uma vez que a maior parte das internações

municipais são realizadas no HRSAJ, pode-se cotejar que, ademais dos problemas de integração, o fato da unidade hospitalar fazer parte da rede própria do SUS, aumenta as possibilidades de conformação de redes em contraposição à contratação por procedimentos na rede privada como ocorre para consultas e exames especializados.

Por fim, os resultados deste estudo sugerem que as EqSF ainda não exercem a função de coordenação do cuidado, embora haja avanços. Os constrangimentos são de diversas ordens, tanto do ponto de vista de um conjunto de serviços de saúde que ainda não conformam uma rede, na perspectiva de articulação e a interconexão de conhecimentos, saberes, tecnologias, profissionais e organizações (SANTOS; ANDRADE, 2001), panorama agravado pela forte dependência do setor privado e do subfinanciamento da atenção especializada, quanto por problemas intrínsecos à própria APS. É premente a busca de alternativas para a falta de profissionais médicos e desprecarização dos vínculos trabalhistas, bem como iniciativas para a valorização e fortalecimento dos demais membros da EqSF. Neste sentido, pode-se afirmar que a coordenação do cuidado é dependente de ações no nível de políticas institucionais que enfrentem a fragmentação dos serviços de saúde, fortaleçam as instâncias de pactuação regional, e criem carreiras para os profissionais do SUS, bem como de mecanismos para a organização da rede com ampliação da oferta e regulação da atenção especializada desde a APS. Não menos importante são mudanças na prática profissional, que possam se refletir na prestação de atenção integral e de cuidados centrados no usuário.

## Referências

ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M. *O papel da Atenção Primária à Saúde na coordenação dos cuidados em redes regionalizadas em regiões de saúde da Bahia*. Relatório de Pesquisa. Brasília: CNPq, 2014.

BOERMA, W. G. W. Coordination and Integration in European primary care. In: SALTMAN, R. S.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. (Ed.). *Primary care in the driver's*

seat? *Organizational reform in European primary care*. Berkshire: Open University Press, 2007. p. 3–21.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. CNES–DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Imprimir\\_Unidade.asp?Chamada=3](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Imprimir_Unidade.asp?Chamada=3)>. Acesso em: 18 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Departamento de Atenção Básica*. <[http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)>. Acesso em: 12 set. 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. *Indicadores de cobertura*. 2012. <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f16.def>>. Acesso em: 14 de out. 2013.

HOFMARCHER, M. M.; OXLEY, H.; RUSTICELLI, E. *Improved Health System Performance Through Better Care Coordination*. Paris: OECD, 2007.

NÚÑEZ, R. T., LORENZO, I. V., NAVERRETE, M. L. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*, v. 20, n. 6, p. 485–95, 2006.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Rede interfederativa de saúde. In: SILVA, S. F. S. *Rede de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde*. Campinas – SP: Saberes, 2011. p. 35–66.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, 2002.



# Posição da Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado no município sede de Região de Saúde — o caso de Vitória da Conquista

---

*Adriano Maia dos Santos*

## Caracterização geral da Região de Saúde

A Região de Saúde de Vitória da Conquista possui 632.708 habitantes, sendo 205.475 (32,5%) correspondente à população que reside em zona rural. (BAHIA, 2010) Trata-se de uma região de saúde composta por 19 municípios. A sede é Vitória da Conquista (distante 519Km de Salvador), sendo o mais populoso município (48,5% da população da região de saúde) que, por sua vez, é, também, polo econômico, educacional e referência para cuidados de média e alta densidade tecnológica em saúde para a Macrorregião Sudoeste e sede da 20ª Diretoria Regional de Saúde (Dires). É importante salientar, ainda, que esta região sanitária faz fronteira com o Norte de Minas Gerais, haven-

do importante fluxo de usuários oriundos dessa região, mesmo sem pactuações formais entre municípios.

Além disso, trata-se de uma região de saúde com municípios com baixa taxa de urbanização (com exceção de Vitória da Conquista e Poções), com sensível diminuição ou estagnação no crescimento populacional na última década (exceção de Vitória da Conquista e Planalto), significando um importante desafio às políticas de saúde, sobretudo para atração e fixação de profissionais, disposição dos estabelecimentos de saúde e oferta de serviços, mediante dispersão da população nos territórios (Quadro 1).

Quadro 1 - População residente na Região de Saúde de Vitória da Conquista (BA) e alguns indicadores selecionados, 2010

Municípios	População 2000	População 2010	Taxa de Urbanização 2010 (%)	Participação dos Idosos 2010 (%)
Anagé	31.060	25.516	19,4	15,4
Barra Choça	40.818	34.788	49,2	10,2
Belo Campo	17.655	16.021	56,2	13,8
Bom Jesus da Serra	10.502	10.113	27,6	13,2
Caetanos	13.076	13.639	23,6	12,5
Cândido Sales	28.516	27.918	69,2	11,8
Caraíbas	17.164	10.222	24,6	16,5
Condeúba	18.047	16.898	44,5	15,4
Cordeiros	8.193	8.168	31,2	14,6
Encruzilhada	32.924	23.766	21,7	10,5
Maetinga	13.686	7.038	40,6	16,6
Mirante	13.666	10.507	17,3	13,2
Piripá	16.128	12.783	48,7	14,8
Planalto	21.707	24.481	61,0	12,6
Poções	44.213	44.701	77,0	13,2
Pres. Jânio Quadros	17.045	13.652	31,0	15,3
Ribeirão do Largo	15.303	8.602	53,1	10,5
Tremedal	21.200	17.029	23,1	17,1
Vitória da Conquista	262.494	306.866	89,6	9,9
<b>Bahia</b>	<b>13.070.250</b>	<b>14.016.906</b>	<b>72,1</b>	<b>10,4</b>

Fonte: DIS/SUVISA/SESAB (BAHIA, 2010).

## Dimensões de análise da Atenção Primária à Saúde e potencialidades para a coordenação do cuidado

As cinco dimensões selecionadas para análise da Atenção Primária à Saúde (APS) são apresentadas a seguir e buscam, em conjunto, apontar as potencialidades para coordenação do cuidado.

### *Organização da Estratégia Saúde da Família: acesso e porta de entrada preferencial*

Nos municípios da região, o fluxo para que o usuário consiga realizar consultas, exames e procedimentos em serviços de média e alta densidade tecnológica é, sobretudo, por meio das Equipes de Saúde da Família (EqSF), uma vez que a maioria dos municípios estão formalmente cobertos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e, na maior parte deles, essa é a principal porta de entrada disponível nos territórios para os usuários do SUS (Quadro 2).

Destaca-se que a Unidade de Saúde da Família (USF) não é a única porta de entrada na Atenção Primária à Saúde, pois muitos municípios ainda possuem unidades básicas de saúde (UBS) e centros de saúde, concomitante às USF, funcionando com consultas ambulatoriais e/ou pronto-atendimentos, sendo essas unidades responsáveis pela cobertura da maior parte da população sem adscrição às EqSF. Trata-se de uma entrada via APS e, também, uma possibilidade minimamente racional de encaminhamento para acesso à atenção especializada, quando necessário, enquanto a ESF não consegue avançar e atingir uma cobertura mais alargada, sobretudo na sede da região de saúde. Todavia, as UBS tradicionais, grosso modo, concentram grande demanda, por conseguinte têm vinculação precária e o processo de trabalho clínico não logra relação de longitudinalidade, limitando o acesso oportuno, resolutivo e integrado à rede.



Quadro 2 – População coberta por Estratégia Saúde da Família (ESF) e quantitativo de EqSF, Equipe de Saúde Bucal (ESB) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) nos municípios da Região de Saúde de Vitória da Conquista (BA), 2010

Município	População (2010)	Estimativa população coberta	Nº EqSF	Proporção cobertura	Nº ESB	Razão ESB/ESF	Nº NASF
Anagé	25.516	24.150	7	95	2	0,3	1
Barra do Choça	34.788	34.788	12	100	4	0,3	-
Belo Campo	16.021	16.021	6	100	2	0,3	-
Bom Jesus da Serra	10.113	10.113	3	100	3	1,0	-
Caetanos	13.639	13.639	4	100	3	0,8	-
Cândido Sales	27.918	20.700	6	74	3	0,5	-
Caralbas	10.222	10.222	4	100	3	0,8	-
Condeúba	16.898	16.898	6	100	5	0,8	-
Cordeiros	8.168	8.168	4	100	2	0,5	-
Encruzilhada	23.766	13.800	4	58	4	1,0	-
Maetinga	7.038	7.038	4	100	2	0,5	1
Mirante	10.507	10.507	4	100	4	1,0	-
Piripá	12.783	12.783	6	100	2	0,3	-
Planalto	24.481	20.700	6	85	3	0,5	1
Poções	44.701	34.500	10	77	8	0,8	1
Pres. Jânio Quadros	13.652	13.652	7	100	3	0,4	1
Ribeirão do Largo	8.602	8.602	4	100	2	0,5	-
Tremedal	17.029	17.029	5	100	3	0,6	1
Vitória da Conquista	306.866	127.650	37	42	29	0,8	4
Total Região de Saúde	632.708	420.960	139	67	87	0,6	10

Fonte: SESAB/COAM/DAB (BAHIA, 2013).

Para configuração de um serviço de Saúde da Família como porta de entrada preferencial pressupõe-se que tenha capacidade de acolher a demanda dos usuários no momento da busca, sendo reconhecido pela população como local de primeiro acesso para a maioria dos cuidados (regulares e episódicos), por meio de equipe presente na maior parte do tempo, com competência técnica, suporte material e com respostas adequadas aos casos que dependam do apoio tecnológico de outros pontos da rede de serviços de saúde. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; STARFIELD, 2002) Por essa óptica, algumas evidências

na região contrariam tal expectativa e comprometem o primeiro atributo de uma APS robusta, tornando a ESF meramente um ambulatório de queixa-conduta, com cuidados centrados na doença. Os depoimentos revelaram um cenário crítico, porquanto, a cobertura parcial, somada ao número excessivo de pessoas sob o cuidado de uma única equipe, por si já constroem a capacidade dos profissionais das EqSF em abarcar as demandas de maneira resolutiva e, particularmente, estarem acessíveis no momento em que são requeridos pelos usuários. Essa perspectiva é sintetizada na fala do gestor municipal:

*[...] a gente vê que as equipes estão superlotadas de famílias, então a USF de referência de cada região não consegue dar conta de total acesso para toda a população adscrita. Nem para quem busca não temos conseguido garantir esse acesso e, por isso, temos muitos acessos pela porta da urgência daquilo que não é urgência, então, busca-se a urgência como um ambulatório, [...] uma equipe que era para trabalhar no máximo com 4 mil pessoas está trabalhando com 9 mil, então, a USF acaba sendo um grande ambulatório, porque ele [o profissional] fala, principalmente o médico: 'é melhor eu estar no consultório atendendo do que estar no grupo de hipertensão, porque o grupo pode ser feito pelo enfermeiro, pode ser feito pelo pessoal técnico de enfermagem'. Então, começa a reduzir muito esse papel da educação em saúde, da parte da prevenção e virar apenas um ambulatório. (GM/VC, 2011)*

Os dados apresentados no Quadro 2, destacam, especialmente, a baixa cobertura nos dois maiores municípios da região de saúde (Poções e Vitória da Conquista) que repercutem no acesso e conformação da APS como porta preferencial de primeira busca no território regional.

O inquérito realizado com famílias cobertas por EqSF (Tabela 1) no município de Vitória da Conquista, sede da Região de Saúde, revela uma percepção positiva apenas de metade dos usuários acerca da

marcação de consulta com médico na USF (54% avaliam como muito bom ou bom), ainda que afirmem conhecer a localização da USF (95%), sendo um local de fácil acesso (97%), inclusive para deslocamento a pé (87%). Os resultados mostraram, também, que 96% das famílias afirmam conhecer o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e 68% dizem receber, pelo menos, uma visita domiciliar mensal desse profissional. Em território com grande rotatividade de profissionais médicos e grande número de família a serem visitadas, tais resultados demonstram o vigor do ACS mesmo diante de dificuldades na gestão da organização e no processo de trabalho da EqSF.

Tabela 1 - Indicadores de acesso/utilização da ESF informados por famílias/usuários cadastrados, Vitória da Conquista (BA), 2013

Indicadores	Usuários	
	N (n)	%
Usuários que conhecem a ESF (espontânea + estimulada)	420 (572)	73
Usuários que conhecem o local de funcionamento da ESF	399 (420)	95
Facilidade de acesso ao local da USF	385 (399)	97
Usuários que relatam chegar a pé até o local de funcionamento da ESF	348 (399)	87
Usuários que conhecem o ACS	404 (420)	96
Usuários que receberam alguma visita do ACS	386 (404)	95
Usuários que recebem visita do ACS pelo menos uma vez ao mês	263 (386)	68
Famílias que possuem seguro privado de saúde	106 (572)	18
<b>Membros da família cobertos por seguro privado de saúde</b>		
Um membro da família	47 (106)	44
Dois membros da família	22 (106)	21
Três ou mais membros da família	37 (106)	35
<b>Avaliação dos usuários quanto a conseguir marcar consulta médica</b>		
	306*(420)	73
Bom/Muito Bom	167 (306)	54
Ruim/Muito Ruim	129 (306)	42
<b>Avaliação dos usuários quanto a conseguir consulta médica sem marcação prévia – demanda espontânea</b>		
	306*(420)	73
Bom/Muito Bom	89 (306)	29
Ruim/Muito Ruim	160 (306)	52

Fonte: Almeida e Santos (2014).

Nota 1: n= Total de usuários que poderiam responder a questão

Nota 2: \*306 usuários que relataram ter recebido atendimento na USF nos últimos 12 meses.

A consequência de uma Saúde da Família frágil, pouco acessível e com baixa resolubilidade, é a valorização excessiva depositada no hospital e a centralização na figura do médico, sobretudo, o especialista. Por esse aspecto, a população tem sua subjetivação impregnada pelo desejo de uso de materiais e equipamentos como sentido de saúde e prevenção, distinto da “simplicidade da USF”, assim, possuir um plano de saúde privado torna-se quase uma obrigação e garantia de “alforria” do SUS. Para Mattos (2009, p. 374), a dificuldade no acesso ao serviço público pode levar o usuário “a concluir que ele precisa de um plano de saúde (na suposição, não necessariamente real, mas eficaz simbolicamente, de que na saúde suplementar ele teria direito ao acesso sonhado)”. O fragmento, a seguir, expõe essa problemática na visão de trabalhadores da ESF:

*[...] no SUS, as pessoas têm a ideia de que é para uma pessoa de baixa renda [...] que o SUS não é de qualidade, não é? Até a própria localização, às vezes, da unidade, privilegia uma população [mais carente]. Lá na minha unidade [...] tem a ala A e a ala B. Então, as pessoas que são classe média e que têm plano de saúde se sentem, inclusive, diminuídas se você oferece o serviço da USF. Se sentem desvalorizadas de ir ao posto de saúde procurar algum atendimento que o ACS oferece. Trabalha o dia todo, nem estão em casa para saber. E quando estão em casa dizem assim: ‘Não, não preciso do posto, porque eu tenho plano de saúde’. (GF/trabalhadores/VC, 2011)*

Apesar da desvalorização dos serviços públicos por parte da população, os dados oriundos de inquérito (Tabela 1) com famílias matriculadas em USF, na sede da região de saúde, mostraram que apenas 18% tinham algum membro portador de seguro privado de saúde, sendo que deste total, 44% abrangia apenas um dos familiares. Esse dado revela a necessidade de ampliação e qualificação do acesso público para proteção de, aproximadamente, 82% de usuários “exclusivos” do SUS, mas, também, para incluir os usuários não frequentes,

uma vez que, mesmo os que assumem possuir seguros privados de saúde utilizam serviços do SUS direta ou indiretamente.

Além disso, a implantação de USF em territórios mais desfavorecidos de políticas sociais contribui para diminuir as desigualdades de acesso aos serviços de saúde, respondendo positivamente ao princípio constitucional da equidade. Por outro lado, a persistência de investimento em USF apenas em localizações mais carentes pode consolidar a ideia de serviços voltados para pobres, além de não incorporar à assistência primária do SUS uma parcela da população que poderia contribuir para qualificação dos serviços prestados, uma vez que têm alternativas assistenciais (serviços privados) e só utilizariam a USF, de fato, caso o serviço fosse de qualidade e com acesso facilitado. Nesse sentido, os resultados do estudo transversal realizado junto aos usuários cadastrados em EqSF, em Vitória da Conquista, mostraram que, aproximadamente, três quartos das famílias afirmam não haver “Posto ou Centro de Saúde” antes da implantação da USF no respectivo bairro. (ALMEIDA; SANTOS, 2014)

O inquérito realizado com famílias cadastradas em EqSF, em Vitória da Conquista, mostrou, ainda, haver uma busca expressiva e preocupante (61%) por outras modalidades de serviço de saúde (não USF) como primeiro contato, mesmo em horários e dias de semana em que a USF está (ou deveria) funcionando (Tabela 2). Além do mais, quando há episódios de adoecimento nos finais de semana, 68% das famílias buscam um serviço de urgência/emergência em hospital público, portanto, esses dados corroboram a importância da ampliação do acesso à APS ou serviços de suporte à APS, em horários ampliados (fora do horário comercial) e finais de semana/feriados, mas que estejam articulados em rede, ou seja, atendam as intercorrências e encaminhem os casos que precisem de continuidade no cuidado às USF.

Tais questões são convergentes com os dados qualitativos oriundos das entrevistas com gestores, trabalhadores da saúde e usuários. Infere-se, portanto, que a ESF carece de investimentos profundos para tornar-se o sítio de primeira busca e de procura regular para

casos rotineiros e episódicos, conforme discutido, também, em pesquisas realizadas em quadro capitais de estados com bons níveis de organização da ESF. (ALMEIDA et al., 2010; SANTOS et al., 2012)

Tabela 2 – Serviço de saúde procurado em caso de doença por famílias cadastradas à ESF, durante a semana e em finais de semana/ feriados/ à noite, Vitória da Conquista (BA), 2013

Serviço de saúde	Durante a semana		Finais de semana/ feriados/ à noite	
	N	%	N	%
Unidade de Saúde da Família	223	39	21	4
Ambulatório/emergência de hospital público	211	37	391	68
Consultório particular	26	5	21	4
Clínica/hospital ou emergência privados	47	8	55	10
Outros	65	11	84	14
Total	572	100	572	100

Fonte: Almeida e Santos (2014).

Acrescenta-se, ainda, a estrutura física e as acomodações das USF observadas em diferentes cidades e, também, relatadas por entrevistados. Nesse sentido, as unidades de saúde, em algumas circunstâncias, ainda, localizam-se em ambientes adaptados, com restrição de espaço para o desenvolvimento das atividades clínicas e/ou administrativas. As USF visitadas estavam limpas e com pintura recente, mas o espaço da recepção, em todas, era insuficiente para acomodação confortável dos usuários e as pessoas expunham suas demandas sem privacidade no balcão de atendimento. Além disso, não foram observados meios de entretenimento para preencher o tempo de espera, havia ausência de climatização, *layout* era pouco atrativo, havia comprometimento da acessibilidade, poluição visual em relação ao material informativo (alguns improvisados), com falhas na ambiência e sem uma identidade estética, ou seja, as USF, ainda assumem uma aparência pouco atrativa e simplificada (para profissionais e usuários). Todo esse ambiente, interfere no acolhimento e no cuidado a ser prestado, pois o usuário fica constrangido

a expressar rapidamente seu problema e os funcionários da recepção trabalham “sob pressão”, gerando estresse nas relações e falhas na cordialidade entre a população e os trabalhadores da USF, notadamente, na recepção das unidades. O trecho destacado versa acerca dessa falha no acolhimento e o descontentamento de um grupo de trabalhadores de EqSF,

*[...] a minha é uma das unidades mais precárias que tem aqui no município [...] são duas casas alugadas que tentaram adaptar. [...] não tem uma porta de entrada para a recepção, é uma porta lateral, então a comunidade já chega meio perdida, sem saber quem procurar. E os consultórios em outro local, totalmente, longe da recepção, então tenho o trabalho de atender e o trabalho de recepcionista também. [...] até o pessoal que coordena reconhece que é uma unidade que não tem estrutura nenhuma para funcionar como USF. [...] No consultório onde eu atendo, se eu tenho que abrir a janela para circular um ar e a paciente chega e diz que tem uma dor na mama, como eu posso fiscalizar e observar a mama dessa pessoa com a janela aberta? Fecho a janela, mas aí faz um calorão tremendo. Não tem um ar condicionado, não tem equipamento, nem tem nada. É outra dificuldade a questão estrutural. Então, assim, se tivesse essa segurança [suporte de material] aí não tenho dúvida que outros colegas estariam aqui e o PSF teria médico as 40 horas da semana. (GF/trabalhadores/VC, 2011)*

A descrição das USF no relato do grupo focal de trabalhadores reforça a ideia de precariedade da estrutura física dos estabelecimentos de saúde. Todavia, é importante salientar que não se trata de uma homogeneidade entre as USF da região, aliás, há inúmeras discrepâncias entre as USF de um mesmo município e, obviamente, entre as dezenove cidades que compõem a região de saúde. Ainda assim, nas USF visitadas os consultórios, por exemplo, eram mais “acolhedores” na

dependência da disposição dos próprios profissionais em ornamentá-los com quadros, pinturas e/ou outros elementos estéticos.

### *Abrangência dos cuidados ofertados por Equipes de Saúde da Família*

Entre as atribuições das EqSF, ressalta-se, como crucial, a competência clínica dos profissionais e o uso adequado das tecnologias (relacionais e materiais) para atender a população em diferentes fases da vida e em distintas situações de saúde e doença ao longo do tempo, ou seja, correspondem a uma gama de processos de trabalho relacionados à promoção à saúde e prevenção de agravos, práticas assistenciais, ações reabilitadoras, servindo, ainda, de anteparo às intercorrências. Tal perspectiva conforma-se na abrangência ou integralidade do cuidado, sendo, por sua vez, atributo essencial para conformação da centralidade da APS como serviço de primeiro contato e fonte regular de atenção na rede de serviços de saúde nos territórios.

Algumas experiências presentes na rede destacam a participação de profissionais ofertando suporte técnico-pedagógico às EqSF como alternativa ao discurso médico-centrado e, também, têm aparecido como práticas exitosas na percepção de gestores, trabalhadores de saúde e usuários. O discurso de trabalhadores da ESF reforça essa evidência:

*[...] esse leque de oferta aumentou um pouco com o NASF, porque vieram psicólogo, fisioterapeuta e farmacêutico, que no início eu não entendia muito bem. [...] Farmacêutico foi fundamental. [...] porque ele manda bilhetinho: doutora, assim e assim... Ou então conversa comigo diretamente, ou fala com a população. E o educador físico na minha equipe, ele é a diferença [os demais profissionais concordam]. (GF/trabalhadores/VC, 2011)*

Salienta-se que, na região de saúde, a inserção de profissionais de apoio é uma experiência recente, com presença em poucos muni-



cípios (apenas sete) e em número insuficiente para as demandas das USF – dez equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família na região (NASF). Além disso, o trabalho dos profissionais do NASF, ainda que relevante, destaca-se por atenuar e compensar a extrema fragmentação na atenção médica nos serviços de saúde, sem necessariamente transformar os arranjos persistentes no modo tradicional de fazer/gerir os processos de trabalho em saúde, baseados na hierarquia profissional e na sobrevalorização das tecnologias mais adensadas, ou seja, há muito mais uma transferência de responsabilidades que o compartilhamento de projetos terapêuticos.

Ainda assim, os dados sobre profissionais que prestam serviço nas USF revelam que a maior busca dos usuários, ainda que existam outros trabalhadores de nível superior e nível médio, é por médico (88%). Tais questões sinalizam uma subutilização do potencial de outros trabalhadores, notadamente de enfermeiros, ou ainda, o não reconhecimento nas falas dos entrevistados acerca das ações dos demais profissionais. Os dados mostram uma contradição em relação às entrevistas de gestores e dos grupos focais com trabalhadores e usuários da região de saúde que apontaram que o enfermeiro tem sido fundamental para sustentação e coerência da ESF, sobretudo em unidade com alta rotatividade de médicos.

Tabela 3 – Profissional da Equipe de Saúde da Família (EqSF) responsável pelo atendimento às famílias cadastradas, Vitória da Conquista (BA), 2013

Profissional	Usuários	
	N	%
Médico	350	88
Enfermeiro	32	8
Agente Comunitário de Saúde	1	0,5
Técnico de enfermagem	13	3
Não sabe/não respondeu	1	0,5
Total	397*	100

Fonte: Almeida e Santos (2014).

Nota: \*N= número de famílias que afirmaram terem sido atendidas alguma vez na USF.

Quando perguntado sobre a satisfação acerca da consulta realizada, das 350 famílias que foram atendidas por médicos nas USF, 83% (292) responderam estar “muito satisfeito/satisfeito” com o atendimento recebido (Tabela 4). Nesse aspecto, ainda de maneira positiva, 78% dos usuários informam que ao buscarem algum cuidado na USF têm seu problema resolvido (Tabela 5). Esses resultados sinalizam a potência das EqSF mesmo diante das adversidades apresentadas. Na mesma direção, a alta resolubilidade atribuída por usuários demonstra a pertinência de ampliação de investimentos e adoção da ESF como modelo de atenção conveniente e adequado para cuidados rotineiros em diferentes cenários. Além disso, reforça a percepção de que as maiores críticas aos serviços públicos partem dos que não utilizam e/ou não conseguem o atendimento, posto que, ao lograrem o acesso e conseguirem a consulta na USF há um alto percentual de satisfação e de resolução da demanda requerida (Tabelas 4 e 5).

Tabela 4 – Satisfação com atendimento prestado por médico das USF, Vitória da Conquista (BA), 2013

Satisfação	Usuários	
	N (n)	%
Muito satisfeito ou satisfeito	292 (350)	83
Regular	47 (350)	13
Pouco satisfeito ou insatisfeito	9 (350)	3
Não sabe/não respondeu	2 (350)	1

Fonte: Almeida e Santos (2014).

Ainda em relação ao inquérito com famílias cadastradas em EqSF, no município de Vitória da Conquista, destaca-se aspectos que sinalizam a importância do SUS para resolução de problemas das populações, posto que mesmo quando não conseguem acessar um serviço na USF e/ou não têm seus problemas resolvidos na ESF a maior busca recai em serviços da rede pública. No que se referem à resolubilidade, as respostas, também, destacam a pertinência dos serviços ofertados pelo SUS. Das famílias que nos últimos 12 meses necessitaram de exames de patologia clínica solicitados por EqSF, 67% conseguiram

realizar todos os exames na rede pública, enquanto que outros 19% relatam conseguiu-los parcialmente e somente 14% dos entrevistados afirmam fazê-los na rede privada. Um dado, também, significativo é a obtenção dos medicamentos prescritos, posto que 91% dos que usaram serviços da APS necessitaram de medicamentos. Nesse quesito, os dados mostram que 95% dos usuários obtiveram pelo menos um dos medicamentos solicitados por EqSF (Tabela 5). Contudo, é preciso outros estudos para verificar a regularidade dos medicamentos ofertados, quais não estão sendo fornecidos e as razões para não disponibilizá-los na rede.

Tabela 5 – Resolubilidade do atendimento prestado pelas Equipes de Saúde da Família (EqSF), informada por famílias cadastradas, Vitória da Conquista (BA), 2013

Indicadores	Famílias	
	N	%
<b>Resolução do problema de saúde em atendimento prestado pela EqSF</b>	<b>397<sup>1</sup></b>	
Sim	310	78
Não	87	22
<b>Ações realizadas frente a NÃO resolução do problema de saúde na USF</b>	<b>87</b>	
Referência para especialista da rede pública realizada pela EqSF	25	29
Busca direta de atendimento em hospital/emergência públicos	23	26
Busca direta de atendimento na rede privada	21	24
Não faz nada/não procura serviços de saúde	7	8
Outro/Não sabe/não respondeu	11	13
<b>Realização de exame de patologia clínica solicitado pelo profissional da EqSF nos últimos 12 meses</b>	<b>207<sup>2</sup></b>	
Realizou todos os exames na rede pública	139	67
Realizou alguns exames na rede pública	40	19
Realizou todos os exames na rede privada	28	14
<b>Acesso a medicamentos em atendimento realizado pela EqSF</b>	<b>360<sup>3</sup></b>	
Recebeu todos os medicamentos	113	31
Recebeu alguns medicamentos	232	64
Não recebeu medicamentos	15	5

Fonte: Almeida e Santos (2014).

1 – Famílias que relataram terem sido atendidas alguma vez na Unidade de Saúde da Família.

2 – Famílias que afirmaram ter conseguido realizar os exames de patologia clínica solicitados pela EqSF nos últimos 12 meses.

3 – Famílias que afirmaram ter necessitado de medicamentos solicitados pela EqSF nos últimos 12 meses.

De maneira geral, por meio das análises das entrevistas, os profissionais da região de saúde ressaltaram, também, a precariedade ou ausência de suporte material para continuação e ampliação do cuidado programado, para garantia de resolubilidade em situações agudas, ou mesmo, suporte de vida em situações emergenciais. Nesse aspecto, todos os trabalhadores de saúde declararam que a insuficiência de aporte material contribui negativamente para que as USF possam ser um espaço que garanta segurança e satisfação clínica aos profissionais e usuários. Os discursos apontaram ausência de material para suturas simples, medicação de urgência, descontinuidade dos métodos para planejamento familiar, entre outros recursos terapêuticos de primeira necessidade. O fragmento a seguir revela essa problemática:

*[...] é só consulta mesmo. Se chegar um paciente aqui agora com um corte mínimo que um pontinho resolveria, vou ter que encaminhar para o hospital porque não tem fio de sutura, não tem instrumentos para eu [médico] suturar o paciente aqui, e nem uma droga injetável também. Então, assim, na verdade se o paciente enfartar no corredor, não tenho nem AAS aí para dar ao paciente, entendeu? Então só funciona com consulta mesmo. [...] em questão de material, por exemplo, medicamento de emergência sempre é muito baixo. (GF/trabalhadores/VC, 2011)*

Em síntese, os problemas na ESF apresentam um paradoxo, por um lado o debate acerca da clínica degradada e a falta de aderência/compromisso profissional com o trabalho comprometeriam as ações de saúde, por outro, encontramos um conjunto de profissionais que, mesmo quando desejam e/ou exercem uma prática mais alinhada com o que se espera para garantir a centralidade do cuidado na APS, é interditado por condições de infraestrutura de trabalho. Obviamente, tais incongruências se desdobram nas escolhas dos usuários que, inclusive, por assimetria na compreensão de suas necessidades diante do profissional de saúde e sua luta por garantir uma resposta ao seu

sofrimento, buscam o cuidado por distintas portas na rede assistencial, recorrendo a diferentes sujeitos, muitas vezes, sujeitando-se a favores, sendo em momentos de grande vulnerabilidade, destituídos de sua cidadania.

### *Gestão do trabalho e Educação Permanente em Saúde para trabalhadores da Estratégia Saúde da Família*

A atração e fixação do médico às EqSF foi um problema frequentemente relatado por todos os entrevistados e constitui-se num desafio aos gestores municipais na região, precipuamente nas pequenas cidades. Por conta dessa dificuldade, os secretários de saúde lançam mão de inúmeros artifícios para lidar com o problema, nem sempre eficientes, e que, por vezes, agravam a situação ao invés de resolvê-la. Entre as diversas estratégias, a mais comum é o pagamento de salários acima da média como forma de atração do médico. Contudo, além de gerar insatisfação nos demais profissionais da equipe, contribui para alimentar a competição entre os municípios, aumentar a rotatividade dos profissionais, precipitando a constituição de acordos informais de trabalho (carga horária reduzida ou flexibilizada, restrição de atividades desenvolvidas, número de atendimentos pré-definidos etc.) em detrimento das necessidades da população, ao contrariar, inclusive, os princípios e diretrizes previstos na Política Nacional de Atenção Básica à Saúde. Não por acaso, a gestão do trabalho e seus desdobramentos impactam na sustentabilidade da ESF, sendo tratados como um dos grandes desafios para gestores municipais e estaduais em todo o Brasil. (SCOREL et al., 2005; MENDONÇA et al., 2010; PINTO; TEIXEIRA, 2011)

Na região, as distintas táticas para atração e fixação de médicos em EqSF têm gerado distorções de todas as ordens no processo de trabalho esperado para a ESF, repercutindo na qualidade e resolubilidade da atenção prestada. Em entrevistas, os gestores abordam que não podem fazer seleção de profissionais com exigências que visem

distinguir perfil para o trabalho, levando-os, até mesmo, a contratar médicos em idade avançada, recém-formados, ou a terem que fazer “vistas grossas” as ausências, outros vínculos coincidentes com o horário de trabalho e descumprimento das atividades propostas para a Saúde da Família. Tais questões corroboram pesquisa realizada por Alves (2010) no mesmo cenário. Os relatos adiante de dois gestores contextualizam esses desafios:

*[...] E o salário daqui é o menor da região [...] tivemos recentemente um médico que saiu do nosso PSF pra outro município vizinho para ganhar 15 mil, três dias na semana (GM/VC, 2012) e [...] O médico fala: ‘Porque eu vou ganhar 7 mil, 8 mil em Conquista para trabalhar 40 horas? De jeito nenhum, o outro município me paga 10, 12 e tenho um dia de folga, ou, então, eu atendo só um turno’. (GM/VC, 2012)*

No mundo do trabalho, os profissionais médicos recém-formados acabam por buscar na ESF um meio de ganhar e poupar dinheiro para uma posterior especialização e/ou residência, sem, portanto, desenvolverem um sentido de pertencimento ao campo das práticas generalistas (GONÇALVES et al., 2009), essa constatação apareceu, também, nas falas dos gestores na Comissão Intergestores Regional (CIR). Por sua vez, não se trata de uma escolha meramente idealizada, porquanto, até nos serviços públicos de saúde, predominam as políticas e o financiamento centrados em especialidades de média e alta densidade tecnológica, fomentando o apelo pela medicina curativa e procedimental e encorajando a sua predileção. Por essa via, soma-se o apelo midiático pelo consumo excessivo de novos aparatos tecnológicos, aliado ao prestígio social e entre os pares para os profissionais que atuam em espaços hospitalares e/ou que lidam com questões mais específicas, em detrimento dos que labutam com as generalidades. (MERHY, 2002)

Além disso, na região analisada, não há exigência de formação específica, nem tampouco de acúmulo de experiências para trabalhar na ESF. Dessa forma, a ESF é um campo aberto para todo e qualquer médico (com e sem especialidade) indistintamente, corroborando a falsa ideia de medicina simplificada e de baixa complexidade (CASTRO et al., 2012; GIL, 2005; LOPES, BOUSQUAT, 2011) A livre oferta de especialidades de acordo com a decisão, apenas da corporação médica parece contrariar a lógica pública, pois tende a responder aos anseios do mercado, com reserva e proteção de determinados grupos estratégicos (NEY; RODRIGUES, 2012), sem responder às necessidades do SUS, relegando à APS uma formação residual, comprometendo, inclusive, a qualidade da assistência prestada.

Por sua vez, os médicos, participantes dos grupos focais, apresentaram suas versões e acrescentaram outros elementos que, mesmo dispersos, os afastam da APS: condições precárias de trabalho nas USF, sobrecarga de trabalho, excesso de cobrança pela gestão, dificuldade de trabalhar com questões administrativas nas USF (“excesso de formulários”), resultados lentos das intervenções clínicas, baixo adensamento tecnológico das USF, salários incompatíveis com 40h de trabalho, vínculo trabalhista precário, comprometimento do seguimento do cuidado nas especialidades (longo tempo de espera para os exames especializados), isolamento dos demais colegas de profissão, processos de capacitação/educação permanente em saúde pouco voltados às habilidades clínicas, municípios pequenos com poucas opções de lazer e de crescimento profissional, além da interferência política no acesso dos usuários. Os artigos de Gil (2005), Gariglio e Radicchi (2008), Gonçalves e outros (2009) e Cavalcante Neto, Lira e Miranda (2009) sinalizam a mesma perspectiva em profissionais e estudantes de medicina. O trecho a seguir resume esses desafios:

*Nenhum médico vem para o interior por conta de concurso. No dia que fizer concurso, no dia seguinte vou embora, porque vão exigir 40 horas e vão diminuir o salário, vamos trabalhar na rede privada. Para a enfer-*

*magem e odontologia vale a pena, por conta que não vai mudar nada no trabalho, para a gente diminuir e diminuir, mas muito mesmo, não vale a pena. Concurso público no interior é complicado, pois não existe uma vantagem para o médico [...]. (GF/trabalhadores, 2011)*

Na região de saúde, o município de Vitória da Conquista tem o maior número de médicos em USF, mesmo sendo, segundo gestores e profissionais, o município que paga o menor salário para esse profissional e o único que “consegue” exigir o cumprimento da carga horária acordada em contrato. Ainda assim, depara-se com rotatividade frequente e convive com algumas USF desfalcadas de médicos por conta da dificuldade de fixação e atração, essencialmente na zona rural. (SANTOS, 2013)

O inquérito realizado em Vitória da Conquista com profissionais médicos e enfermeiros revelou dados interessantes acerca da formação dos mesmos (Tabela 6). Apenas 29% dos médicos possuem especialização com enfoque em Saúde da Família. Entre os enfermeiros o percentual é bem maior (64%). Por outro lado, mais da metade de ambos os profissionais realizaram o curso “introdutório” para atuarem na ESF, revelando uma sensibilização teórica inicial para qualificação do trabalho na APS. Apesar da referida rotatividade, em Vitória da Conquista, 40% e 50% respectivamente de médicos e enfermeiros estão atuando a mais de quatro anos nas EqSF, ainda que, simultaneamente, 43% de médicos estejam a menos de um ano. Além disso, 82% de médicos e 89% de enfermeiros assumem trabalhar 40h nas EqSF, ou seja, nesse município a vinculação de médicos à comunidade parece mais adequada e divergente do discurso dos gestores. Em relação à satisfação com os salários recebidos para trabalhar na ESF, a grande maioria de médicos (89%) e enfermeiros (72%) do município afirmam que os salários não são compatíveis com as atribuições nas EqSF. Esses dados são convergentes com os grupos focais realizados com profissionais das equipes do referido município.



Tabela 6 – Indicadores de gestão do trabalho e Educação Permanente em Saúde na Estratégia Saúde da Família, médicos e enfermeiros, Vitória da Conquista (BA), 2013

Indicadores	Médicos		Enfermeiros		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Modalidade de contratação</b>						
Estatutário	1	3	6	17	7	11
Contrato temporário	24	86	26	72	50	78
Outro	3	11	4	11	7	11
<b>Tempo de atuação na ESF no município</b>						
Até 6 meses	7	25	4	11	11	18
De 7 meses a 12 meses	5	18	4	11	9	14
De 13 meses a 24 meses	2	7	6	17	8	13
De 25 meses a 36 meses	1	5	4	11	5	8
De 37 meses a 48 meses	1	5	0	0	1	2
Mais de 4 anos	11	40	18	50	29	45
<b>Dias semanais de atuação na ESF</b>						
1	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0
4	3	11	3	8	6	9
5	25	89	33	92	58	91
<b>Carga horária semanal (horas)</b>						
10	0	0	0	0	0	0
20	2	7	0	0	2	3
30	3	11	1	3	4	6
40	23	82	32	89	55	86
Outro	0	0	3	8	3	5
<b>Salário compatível com as atribuições na ESF</b>						
Sim	3	11	10	28	13	20
Não	25	89	26	72	51	80
<b>Capacitação e Educação Permanente em Saúde</b>						
Especialização com enfoque em SF						
Sim	8	29	23	64	31	48
Treinamento Introdutório						
Sim	16	57	21	58	37	58

Fonte: Almeida e Santos (2014).

O inquérito com profissionais das EqSF, no município de Vitória da Conquista, apresentou dados que indicam uma certa consolidação de muitas equipes em relação a carga horária de médicos e enfermeiros, bem como em relação ao tempo que trabalham no município (>4 anos). Todavia, as entrevistas com gestores destacam que o cumprimento das 40h semanais é um problema que se agravou, sobretudo, com a edição da Portaria 2.027/2011. (BRASIL, 2011) Além disso, Vitória da Conquista beneficia-se por ser a maior e mais estruturada das cidades na região. Em contraposição, os demais municípios convivem com rotatividade frequente, dificuldade de fixação de profissionais e necessidade de flexibilização de cargas horárias para atração de profissionais para equipes, especialmente, localizadas em zonas rurais. (SANTOS, 2013)

### *Oferta de serviços na rede de atenção: acesso à atenção especializada, hospitalar e aos serviços de urgência e emergência*

Na região de saúde, todos os municípios assinaram o Pacto pela Saúde, contudo, apenas cinco deles (Barra do Choça, Belo Campo, Matetinga, Presidente Jânio Quadros e Vitória da Conquista) assumiram o Comando Único, os demais permanecem sob gestão estadual dos serviços de saúde.

Em relação à oferta de serviços, a ESF está presente em todos os municípios com uma elevada cobertura formal (>70%), com exceção de Encruzilhada (58%) e Vitória da Conquista (42%), sendo que 13 municípios possuíam cobertura de 100%. Todavia, por Vitória da Conquista ser o município mais populoso, a baixa cobertura impacta significativamente na proporção de cobertura da região (67%). Ainda assim, a população não cadastrada em USF, nos diferentes municípios sem plena cobertura da ESF, possui unidades básicas (não saúde da família) como referência assistencial. Outro dado relevante é que Vitória da Conquista possui 100% de cobertura formal de ESF na zona rural.

Em relação às unidades hospitalares, a região de saúde possui 20 estabelecimentos entre públicos, privados e filantrópicos. Entre os estabelecimentos, 11 estão cadastrados como “hospitais gerais”, sendo que 10 correspondem a hospitais públicos municipais de pequeno porte (Anagé, Barra do Choça, Belo Campo, Bom Jesus da Serra, Cândido Sales, Condeúba, Cordeiro, Encruzilhada, Planalto e Tremedal) que ofertam 346 leitos para o SUS e um hospital filantrópico (em Poções) que oferta 66 leitos para o SUS. Além disso, possui um Hospital Geral Estadual, em Vitória da Conquista, que serve de referência para toda a Macrorregião Sudoeste. Em Vitória da Conquista encontra-se, ainda, um hospital municipal (especializado no cuidado materno-infantil) e sete hospitais entre privados e filantrópicos. Os dois hospitais públicos, cinco privados e dois filantrópicos, em Vitória da Conquista, ofertam, em conjunto, 1.109 leitos, sendo 812 destinados ao SUS. (BRASIL, 2013) A Tabela 7, a seguir, reúne dados sobre leitos hospitalares na região e destaca a participação privada no total de leitos SUS.

Tabela 7 – Total de leitos, leitos SUS e participação privada no total de leitos SUS na Região de Vitória da Conquista, Bahia, 2013

Leitos por especialidades	Total de leitos	Leitos SUS público	Leitos SUS privados	Participação do privado nos leitos SUS
Leitos cirúrgicos	453	154	140	47,6%
Leitos clínicos	429	236	119	33,5%
Leitos obstétricos	195	120	49	30%
Leitos pediátricos	367	120	204	63%
Outras especialidades <sup>1</sup>	79	78	1	1%
Hospital Dia	6	0	3	100%
<b>Total de leitos<sup>2</sup></b>	<b>1529</b>	<b>708</b>	<b>516</b>	<b>42,2%</b>

Fonte: CNES/DATASUS (BRASIL, 2013).

Nota: (1) Crônico, psiquiátrico e reabilitação; (2) Total menos leitos complementares

Em inquérito realizado, os médicos, em Vitória da Conquista, elegem os três principais problemas para o acesso aos serviços especializados e hospitalares: 1) longo tempo de espera para cirurgias eletivas como problema mais grave; 2) longo tempo de espera para consultas/exames; 3) e insuficiência na oferta de serviços especializados no município. De certo modo, pode-se extrapolar esses dados para todo o território regional, uma vez que, Vitória da Conquista é a sede da região de saúde e oferta a maior parte das consultas/exames especializadas, bem como, as cirurgias eletivas para usuários dos demais municípios, posto que têm poucos serviços de média e alta densidade tecnológica e apenas cinco assumiram o Comando Único. Assim, os problemas que acometem usuários de Vitória da Conquista, certamente replicam-se e repercutem na população de toda região de saúde.

Além disso, os gestores, por meio das entrevistas, alertam para pontos nevrálgicos no processo de gestão municipal e assunção ao Comando Único, sobretudo, em municípios de pequeno porte: 1) alguns municípios que assumem o comando único e que possuem hospitais de pequeno porte não dão conta dos serviços nos territórios, muitas vezes por falta de profissionais para fechar as escalas, e encaminham parte de sua população para Vitória da Conquista, particularmente, para os serviços hospitalares, concorrendo com a escassa cota pactuada com os municípios que não são comando único; 2) municípios assumem o comando único, seduzidos pelos recursos financeiros, mas sem o grau de responsabilização sanitária necessária, comprometendo o mecanismo de regionalização; 3) o processo de auditoria externa via Secretaria Estadual de Saúde da Bahia é incipiente para supervisionar o uso adequado dos recursos, soma-se ao fato de que muitos secretários de saúde não são gestores financeiros do fundo municipal de saúde, ou seja, tudo isso pode aumentar a utilização clientelista das verbas e/ou dos serviços. (SANTOS, 2013)

Também foi realizado inquérito com famílias cadastradas na ESF para saber sobre a procura de serviços especializados e forma de acesso

ao especialista nos últimos 12 meses (Tabela 8). Os dados mostram que é comum usuários buscarem serviços especializados sem a referência de um profissional da EqSF, ou seja, por conta própria (mesmo sendo famílias cadastradas em USF). Nesse sentido, esse dado é compatível com a busca por serviços privados de saúde apontados como sítios de busca para consulta com especialista (44%). Todavia, esse dado é preocupante, pois os profissionais da ESF acabam sem coordenar o cuidado, visto que os usuários buscam diferentes formas de acesso aos serviços especializados.

Tabela 8 – Serviço especializado procurado para realização de consulta médica e forma de acesso ao especialista nos últimos 12 meses segundo usuários entrevistados, Vitória da Conquista (BA), 2013

Indicadores	Usuários	
	N (n)	%
<b>Refere ter ido ao especialista para consulta nos últimos 12 meses</b>	232 (420)	55
<b>Serviço especializado procurado para realização de consulta médica</b>		
Policlínica	42 (232)	18
Ambulatório de hospital público	33 (232)	14
Hospital público	41 (232)	18
Pronto-socorro ou emergência públicos	6 (232)	3
Serviço privado de saúde (consultório/hospital)	103 (232)	44
Outro	7 (232)	3
<b>Consulta com especialista foi referenciada por EqSF</b>	92 (232)	40
<b>Forma de acesso ao especialista para usuários referenciados por EqSF</b>		
Consulta agendada pela USF e data e hora avisadas posteriormente	65 (92)	71
Consulta agendada pela USF e data/hora avisado imediatamente	12 (92)	13
Recebimento de referência e agendamento da consulta diretamente na Central Marcação pelo usuário	4 (92)	4
Recebimento de referência, mas usuário buscou serviço privado de saúde	3 (92)	3
Outros	8 (92)	9

Fonte: Almeida e Santos (2014).

Os dados acima sugerem, ainda, o desembolso direto para acesso aos serviços especializados, uma vez que, conforme já analisado apenas 18% das famílias entrevistadas estão cobertas por seguro privado de saúde. Essa constatação é importante, uma vez que, sendo as USF localizadas em territórios de menor renda familiar, tais gastos com saúde podem estar impactando negativamente no orçamento familiar.

De maneira convergente com esses dados, as entrevistas com grupos focais de usuários e profissionais da ESF apontaram que muitos usuários buscam realizar consultas particulares em determinadas especialidade por conta do tempo elevado de espera para marcação via regulação assistencial pública e reduzido número de vagas por especialidades repartidas entre as USF. Alguns profissionais das EqSF afirmam, inclusive, que aconselham os usuários a buscarem o serviço privado como forma de agilizar o diagnóstico, especialmente, em caso de suspeita de doenças graves e/ou para consultas pré-operatórias. (ALMEIDA, SANTOS, 2014; SANTOS, 2013)

Por outro lado, os dados mostram que, quando a busca por especialistas é via referência das EqSF, 88% dos usuários utilizam, também, o serviço público para consultas com especialistas. Além disso, um dado muito relevante indica que os usuários obtêm as informações (local, horário etc.) sobre agendamento da consulta por meio da própria equipe (84%). Tais evidências ressaltam a importância de equipes de APS estreitamente vinculadas aos usuários, além de que, sinalizam que quando há respostas adequadas às demandas da população, há possibilidade de coordenação via EqSF.

Por fim, os inquéritos, também, revelam que o número de pessoas que buscam diretamente a Central de Marcação de Consultas, em Vitória da Conquista, para acessar um serviço é muito baixa (4%). Todavia, segundo entrevistas com gestores, grupos focais com trabalhadores e observações em diferentes centrais de marcação de consultas, não há uniformidade na região de saúde. Os dados qualitativos revelam uma série de distorções nos fluxos assistenciais, sobretudo, nos municípios

em que as questões político-partidárias interferem nas decisões técnicas de organização da rede assistencial. (SANTOS, 2013)

### *Coordenação do cuidado por Equipes de Saúde da Família*

Na rede regional de serviços de saúde, encontra-se uma obrigatoriedade de acesso regulado, via APS, no discurso político e nos documentos institucionais, mas com inúmeras brechas que descaracterizam e comprometem os fluxos organizacionais. Nesse aspecto, profissionais de hospitais, ambulatórios de especialidades, centrais de marcação de consultas, secretarias municipais de saúde e serviços privados são acessados pelos usuários e geram solicitações e encaminhamentos paralelos para diferentes pontos da rede assistencial na região de saúde, sobrepondo-se aos profissionais da APS e debilitando a posição de filtro da ESF. Essas questões podem ser visualizadas no discurso do gestor municipal:

*Temos aqui [centro de especialidades] demanda espontânea. Não posso dizer que é por ineficiência da atenção básica, mas por questões operacionais, inclusive por falta de recursos humanos, principalmente, de médico e de enfermagem, alguns pacientes não conseguem ter acesso à rede básica e acabam procurando, por isso, a atenção secundária. Então, nós temos aqui outra porta de entrada, pois fazemos uma triagem de alguns casos graves e acabamos atendendo esse paciente. [...] Os profissionais da atenção especializada dão a solicitação para o paciente, pedem que o paciente faça os exames, retorne para ele mesmo, mas não dão o retorno, por exemplo, por escrito para os médicos de atenção básica [...]. (GM/VC, 2011)*

A intenção de demarcar as diferenças para acessar os serviços de média e alta densidade tecnológica na região, deveu-se a noção de que o atributo da coordenação do cuidado não é alcançado por qual-

quer profissional que possa solicitar e/ou encaminhar o usuário para outros serviços, mesmo quando a APS é uma porta de entrada obrigatória, mas é uma característica traçadora de uma ESF forte, ou seja, quando delega aos profissionais da EqSF não apenas o poder de barrar a livre escolha do usuário, mas atribui, essencialmente, a função de gestor terapêutico no fluxo assistencial para produção do cuidado.

Nessa órbita, o maior desafio estabelece-se após a solicitação da consulta, exame ou procedimento para serviços de média e alta densidade tecnológica, por conta do estrangulamento na oferta de vagas frente à pressão das demandas, bem como, na capacidade dos profissionais da ESF de acompanharem o percurso do usuário que consegue iniciar o processo terapêutico fora do âmbito da APS. Nesse sentido, impõe-se desafios aos gestores e profissionais das EqSF para garantirem a resolubilidade e continuidade do cuidado dos usuários em tratamento num território regionalizado, com deficiências comunicacionais entre os níveis e insuficiência de serviços de suporte.

Nesse contexto, os mais prejudicados são os usuários que procuram a porta mais acessível para expor sua demanda, muitas vezes, em momentos de grande fragilidade, ficando vulneráveis e, portanto, propensos a serem manipulados, revertendo um direito num suposto favor. Essa evidência ficou explícita em falas de gestores que denunciam:

*A primeira dama pega e quer olhar [a lista de espera], se das 10 pacientes que têm pedido de ultrassom de mama; se são do grupo que apoiou o esposo dela, marca; se não: ‘Segura mais um pouquinho e deixa para depois’. Não leva em conta a prioridade/necessidade. Tem lá quatro ultrassonografias, eu tenho três vagas para esse mês, as quatro são avaliação, avaliação, avaliação. Aí: ‘das quatro, qual é que votou para mim?’ ‘Fulano e beltrano’, elas sempre conhecem, uma cidade pequenininha todo mundo sabe quem é que votou. Aí: ‘Vai essa e vai essa’. Quando a paciente tem um motivo lá: ‘O médico solicitou*



*o ultrassom da mama porque teve o achado de um nódulo [...].’ Aí essa vai, contra ou a favor essa vai. (GM/VC, 2011)*

O trecho destacado aponta as fissuras no sistema de saúde e os ataques que minam a ESF e desrespeitam a cidadania da população. Apesar disso, entende-se que a aparente conveniência de profissionais e usuários não se dá estritamente pela percepção de “oportunismo”, mas parece tratar, também, de uma questão de “vida ou morte” para muitos usuários e de alguma condição de resolubilidade às intervenções clínicas para alguns profissionais, frente às interdições nos itinerários regulados.

Para uma mínima priorização das demandas, as unidades de APS (USF e UBS) recebem cotas referentes às consultas, exames e procedimentos de acordo com a oferta mensal disponibilizada pela central de marcação de consultas de cada município. As equipes, então, têm que, dentre as inúmeras necessidades, apontar quais os usuários “eleitos”, de acordo com a descrição clínica e/ou destaque de “urgência” atribuído pelo profissional. Por conta do número de solicitações não atendidas (por falta de vagas), periodicamente, algumas equipes reclassificam os usuários nas listas de espera, reavaliando a pertinência do pedido (usuário já resolveu por outras vias, o usuário não tem mais o problema que justificava o pedido, o usuário veio a óbito etc.) para tentar manter certa coerência nos encaminhamentos. No fundo, essa seleção abre espaço para inúmeros conflitos éticos, colocando os profissionais numa situação de constrangimento e os usuários numa clara mitigação da cidadania. Por outro lado, busca num cenário de restrição de oferta minimizar as iniquidades, ou pelo menos, priorizar os casos mais urgentes.

Outra questão que interfere na coordenação entre os níveis assenta-se nas ferramentas para fluxo informacional. Em relação à informatização das USF, além de ser parcial, quando existente limita-se à marcação de consultas segundo cotas pré-estabelecidas, ou seja, não se trata de fluxo comunicacional entre profissionais para

resolução e/ou acompanhamento de usuários em tratamento. Não há prontuários eletrônicos em nenhum dos estabelecimentos de saúde na região, sendo que as solicitações/referências, muitas vezes, são manuscritas, gerando inúmeros “confundimentos” (agendamento equivocado em determinadas especialidades), além da ausência de contrarreferências e relatórios de alta hospitalar que permitam aos profissionais das EqSF obterem informações técnicas da terapêutica desenvolvida por outros profissionais. Para consecução de informação entre os níveis, o usuário é, na maioria das vezes, o principal interlocutor (quando lhes é permitido falar). Em muitas situações, também, o usuário passa a ficar vinculado ao médico especialista, com retornos frequentes, ao invés de criar um vínculo colaborativo entre profissionais da atenção especializada e da ESF, impossibilitando que o médico da USF tenha informações e dê seguimento ao tratamento, além de afunilar a oferta de vagas para novos casos que necessitam de consultas especializadas. Tal questão, segundo gestores, provoca a filiação do usuário ao especialista:

*[...] o grande problema do PSF é a contrarreferência, pois não existe. Quando o médico do PSF transfere o paciente para passar por um especialista, fica sem saber o que aconteceu, pois ele não tem o retorno, então, o ideal para que a ESF tivesse uma consolidação boa seria a contrarreferência. [...] Mas quando o paciente chega lá, o cardiologista pega o problema para si e de lá o paciente já sai ciente que não vai mais ao médico do PSF, que o médico que tem que atendê-lo é só aquele que atendeu lá [na especialidade], que trocou a medicação toda. Fica filiado com esse especialista. Aí, a consulta de retorno estrangula. (GM/VC, 2011)*

Por conta dos inúmeros entraves e na busca de coordenação do cuidado, os profissionais lançam mão, muitas vezes, da persuasão e amizade com colegas da rede para tentarem solucionar algumas questões que ficam emperradas na burocracia dos fluxos assistenciais.

Ainda que aparente uma ingerência fisiologista dos profissionais, de maneira geral, tais atitudes partem dos profissionais que estão mais tempo nos serviços, que conhecem as brechas e as pessoas estratégicas nos diferentes pontos da rede, que têm forte vínculo com a comunidade e, portanto, não se omitem diante das negativas burocráticas e preferem tentar resolver por outras vias, ou seja, contraditoriamente, são ações desencadeadas por profissionais mais envolvidos com o processo terapêutico dos usuários.

## Considerações finais

De certo modo, o conjunto de argumentos apresentados, expõem as fragilidades e desafios para realização de ações de coordenação do cuidado. Por essa razão, além de ficarem em segundo plano nos discursos e práticas cotidianas, os dados traduzem, particularmente, algumas situações que têm comprometido a ampliação e perenidade do cuidado aos usuários: descontinuidade das ações, USF com espaço não adequado para realização da assistência, sobrecarga de trabalho assistencial, perfil inadequado de alguns profissionais, deficiência/ausência de material de suporte para diferentes atividades. Tais questões incidem sobre os atributos da APS, diminuindo sua potência para mudança do modelo de atenção à saúde.

Por fim, quando se investiga a posição da ESF no processo de conformação da rede e a possibilidade de coordenação do cuidado, na região de saúde, por meio de EqSF, depara-se com complexos problemas organizacionais e na prática das equipes que são, também, desdobramento das dinâmicas da política-institucional. Por conta da capilaridade da ESF, notadamente, nos menores municípios, a porta de entrada principal é a USF. Contraditoriamente, nesses mesmos municípios, a ausência de médicos em todos os turnos e dias nas USF e a simplificação na estrutura e no aporte de equipamentos e insumos nas unidades, comprometem o cuidado oportuno e regular, bem como a resolubilidade de problemas relacionados ao âmbito da APS.

## Referências

- ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M. *O papel da Atenção Primária à Saúde na coordenação dos cuidados em redes regionalizadas em regiões de saúde da Bahia*. Relatório de Pesquisa. Brasília: CNPq, 2014.
- ALMEIDA, P. F. et. al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, p. 286–98, 2010.
- ALVES, J.S. *Vinculação do trabalhador ao SUS no âmbito municipal: perspectivas de valorização baseadas na educação permanente em saúde*. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva): Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2010.
- BAHIA. Superintendência de Vigilância e Proteção à Saúde. *Indicadores*. Salvador, 2010. Disponível em <<http://www1.saude.ba.gov.br/dis/indicadoresDemografia.html>>. Acesso em: 10 fev. 2013.
- BAHIA. Diretoria de Atenção Básica (DAB). Coordenação de Avaliação e Monitoramento (COAM). Salvador, 2013. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/dab>> Acesso em: 20 jan. 2013.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. *CNES–DATASUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Tipo](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo)>. Acesso em: 5 fev. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011*. Altera a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável). Brasília, 2011.
- CAVALCANTE NETO, P. G.; LIRA, G. V.; MIRANDA, A. S. Interesse dos estudantes pela Medicina da Família: estado da questão e agenda da pesquisa. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, p.198–204, 2009.
- CASTRO, R. C. L. et. al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviço. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, p. 1772–1784, 2012.
- SCOREL, S., et. al. *Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

- GARIGLIO, M. T.; RADICCHI, A. L. A. O modo de inserção do médico no processo produtivo em saúde: o caso das unidades básicas de Belo Horizonte. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, p. 153–166, 2008.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Política e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Cebes/Fiocruz, 2012. p. 23–55.
- GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, p. 490–98, 2005.
- GONÇALVES, R. J. et. al. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, p. 393–403, 2009.
- LOPES, E. Z.; BOUSQUAT, A. E. M. Fixação de enfermeiros e médicos na Estratégia de Saúde da Família, município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. *Rev bras med fam comunidade*, v. 6, p. 118–124, 2011.
- MATTOS, R. A. Repensando a organização da rede de serviços a partir do princípio da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. 2. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2009. p. 370–383.
- MENDONÇA, M. H. M et. al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 2355–2365, 2010.
- MERHY, E. E. *Saúde a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 22, p. 1293–1311, 2012.
- PINTO I. C. M.; TEIXEIRA, C. F. Formulação da política de gestão do trabalho e educação na saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007–2008. *Caderno de Saúde Pública*, v. 27, p. 1777–1788, 2011.
- SANTOS, A. M. *Gestão do Cuidado na Microrregião de Saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde*. 2013. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2013.

SANTOS, A. M. et al. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 2687-2702, 2012.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, 2002.



# Estratégias de regionalização para garantia do cuidado integral em saúde: o caso de uma Comissão Intergestores Regional no Estado da Bahia

---

*Valdomiro da Paixão Santos*  
*Patty Fidelis de Almeida*

Desde o início da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), nos anos de 1990, avanços significativos foram observados no processo de descentralização político-administrativo no setor saúde, caracterizado, sobretudo, por um modelo verticalizado das políticas de saúde que primou pela municipalização em detrimento da regionalização e por uma relação fragilizada entre os entes federados, com progressivo enfraquecimento do papel dos estados. (DOURADO; ELIAS, 2011; MACHADO, 2009)

Ademais, no Brasil a regionalização na saúde apresenta desafios adicionais se comparado a outras experiências internacionais. Além das dimensões continentais e das profundas desigualdades econômicas, sociais, demográficas, culturais e sanitárias, é também um país



sem tradição no desenvolvimento de projetos cooperativos e marcado pela disputa entre os municípios (SOLLA, 2005), embora evidências apontem que o fortalecimento de sistemas de saúde é dependente da cooperação solidária entre os entes federados, por meio de processos de regionalização. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011) Assim, esforços devem ser empreendidos para vencer as barreiras dos interesses intergovernamentais, já que cada estado brasileiro se encontra em níveis diferenciados em relação ao processo de descentralização e regionalização. (SOUZA, 2001)

A premência de mecanismos indutores de processos de regionalização foi reconduzido à agenda política a partir da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 2000/2001, resgatando inclusive o papel do estado na condução deste processo. (BRASIL, 2002a) Com a NOAS-01/02, o estado passou a ser responsável pela organização e condução do processo de regionalização da assistência à saúde, assim como, pela promoção de um ordenamento no processo de descentralização, com base em uma articulação territorial que favorecesse o fortalecimento das redes de atenção à saúde. (BRASIL, 2002b)

O Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a), por meio de um conjunto de reformas institucionais acordadas entre a União, estados e municípios, enfatiza a necessidade de ações para a redução das desigualdades territoriais, por meio do compartilhamento dos recursos públicos e de decisões pactuadas, visando a descentralização das ações governamentais e a desfragmentação dos serviços de saúde por meio da “regionalização solidária”. (ASSIS et al., 2009; BRASIL, 2006b) O objetivo seria promover o desenvolvimento de um planejamento integrado entre municípios, considerando as noções de territorialidade e evidenciando que estas ações ultrapassam os limites geográficos, já que os processos de tomada de decisão passam a considerar o atendimento às necessidades de saúde em uma dada região sanitária. A adoção do planejamento integrado busca garantir o acesso da população a um serviço de saúde com qualidade e uma melhor utilização dos recursos disponíveis. (BRASIL, 2006b)

No Pacto pela Saúde, especificamente no Pacto de Gestão, foram instituídos os Colegiados de Gestão Regional (CGR), que correspondem a um fórum estratégico e deliberativo que tem como função ser um “espaço permanente de pactuação, cogestão e de decisão, mediante a identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização da rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva”. (BRASIL, 2009, p. 17) Assim, o CGR (a partir de 2012, CIR, conforme explicitado adiante) é um importante instrumento para o fortalecimento da regionalização solidária, tanto quanto possibilite que os gestores da saúde tomem decisões pactuadas, visando uma melhor efetividade de utilização de recursos e garantia de atenção integral.

Entre as finalidades do CGR encontra-se a necessidade de instituir processos dinâmicos de planejamento regional, elaboração e pactuação de fluxos e processos regulatórios para garantia de atenção integral em saúde no contexto de redes regionalizadas. Busca também contribuir para o desenvolvimento das regiões sanitárias de saúde, por meio da integração com as regiões administrativas dos municípios e estados.

Em 2006, os primeiros CGR foram implantados nas regiões Sul e Centro-Oeste. (BRASIL, 2009) Este processo foi influenciado por condições socioeconômicas, forças políticas locais, centralização de recursos tecnológicos em saúde e condições estruturais dos serviços nos estados. (VIANA et al., 2008) Desta forma, a implantação dos CGR ocorreu em ritmos diferenciados, de maneira mais imediata em alguns e mais lenta em outros territórios. De acordo com Viana e outros (2008) duas situações podem ser observadas: a primeira, diz respeito aos privilégios garantidos a alguns estados; e a segunda, as diferentes formas por meio das quais os recursos destinados à saúde foram empregados, privilegiando-se ou não processos de regionalização, o que contribuiu para que alguns estados apresentassem maiores avanços. (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010)

No estado da Bahia, a regionalização na saúde pode ser considerada tardia se comparada a outros estados da federação, com graus de desenvolvimento diferenciados entre suas regiões. (BELTRAMI, 2008; VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010; VIEIRA-DA-SILVA, 2007) Protótipos de regionalização da saúde no estado datam do início do século passado. As primeiras tentativas de regionalização da atenção à saúde ocorreram concomitantes ao processo de regionalização administrativa do estado, com a implantação da Secretária da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). (SOUZA, 2008)

Em 1948, foram criados oito Distritos Sanitários. Décadas depois, em 1964, o território estadual foi dividido nas primeiras Regiões de Saúde: Salvador, Feira de Santana, Alagoinhas, Santo Antônio de Jesus, Jequié, Itabuna, Conquista, Juazeiro e Bom Jesus da Lapa. Dois anos após esta divisão, um novo Decreto aprovou a criação de 21 Centros Executivos Regionais de Saúde, responsáveis pela assistência aos outros municípios da região. (ARAÚJO; FERREIRA; NERY, 1973)

Em 1991, houve uma revisão do modelo de regionalização do estado. Enquanto os anteriores consideravam o tamanho da população e a economia para definir os municípios sedes das regiões, o novo modelo focou nas questões de viabilidade urbana e regional, com a definição de municípios estratégicos. Foram elencados 26 municípios que se tornaram referência em cada região e responsável por articular os municípios aos níveis estadual e federal. (SOUZA, 2008) Segundo Souza (2008), a implantação de um órgão estadual no município poderia garantir votos e gratidão durante décadas aos políticos. Este novo modelo de regionalização serviu como base para a implantação das 31 Diretorias Regionais de Saúde (Dires).

Características territoriais e demográficas também representaram desafios adicionais para o processo de regionalização. O estado da Bahia conta com uma população estimada em 14.021.432 habitantes, distribuída em 417 municípios. Destes, 247 tem população menor que 20 mil habitantes. Além disto, apresenta 27,9% de população rural, o maior percentual do país. (IBGE, 2010)

Apesar das sucessivas tentativas, a regionalização no estado se desenvolve efetivamente a partir do ano de 2003, com a homologação do Plano Diretor de Regionalização (PDR), com base nas diretrizes da NOAS 01/02. O PDR trouxe como proposta a divisão territorial em sete macrorregiões de saúde e 32 microrregiões. (MAGALHÃES, 2010) Assim, o processo da regionalização do SUS-BA ficou definido com a configuração de macrorregiões, microrregiões, módulos assistenciais e municípios satélites. (BAHIA, 2011a)

Com a atualização do PDR em 2007, o estado foi reorganizado em nove macrorregiões de saúde e 28 microrregiões. Como Municípios Referência de Microrregião (MRM) foram escolhidos os mesmos em que estão localizadas as Dires. A principal diferença foi o agrupamento de alguns municípios sede de Dires para atender aos critérios contidos no PDR 2007 como: população mínima para compor a microrregião (entre 150.000 a 300.000 hab.); população mínima para o MRM (70.000 hab.); raio máximo de deslocamento de 100 km dos municípios até o município de referência; e a capacidade instalada dos municípios, ou seja, os serviços disponíveis à população. (BAHIA, 2011b)

Com a publicação do PDR 2007, ficou definido que a Bahia adotaria o modelo de instâncias colegiadas de gestão regional, os Colegiados de Gestão Microrregional (CGMR) (Resoluções CIB N°. 143/2007 e N°. 132/2007). Esta decisão teve como objetivo integrar as regiões sanitárias e administrativas estabelecidas na década de 1990, por meio das Dires (BAHIA, 2007a, 2007b) Por esta razão, a configuração dos CGMR obedeceu a mesma divisão regional das Dires, buscando assim manter uma rede já consolidada e uma maior abrangência regional. O Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a) estabeleceu que caberia a cada estado definir qual o recorte regional mais adequado para atender suas necessidades, podendo ser Macrorregiões, Regiões e/ou Microrregiões. Por isto, ao levar em consideração suas necessidades e especificidade, o estado da Bahia optou em seu PDR aderir o recorte Microrregional como estratégia para organização do proces-

so de regionalização da atenção à saúde. Quanto à função, os CGMR têm os mesmos objetivos e desempenha o mesmo papel dos CGR.

Em um primeiro momento, buscou-se, por meio da diminuição da escala dos Colegiados de Gestão, de Regional para Microrregional, o enfrentamento de duas barreiras para implantação dos CGR: a geográfica e o atraso na implantação. Em relação à primeira, dos 417 municípios, alguns têm suas sedes administrativas muito distantes uma das outras, como por exemplo, municípios do Oeste da Bahia que chegam a ter mais de 150 km de distância entre as cidades. No que diz respeito ao atraso na implantação dos Colegiados, a regionalização estabelecida por meio das Dires poderia contribuir para acelerar o processo, já que pauta-se em um modelo anterior e os municípios conheciam a sua rede de apoio. (BAHIA, 2007a)

Atendendo ao Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011), que regulamenta a Lei 8.080 e à Portaria 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), que estabelece as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a Resolução 275 da CIB, de 15 de agosto de 2012, foram criadas as regiões de saúde no estado da Bahia assim como a instituição das Comissões Intergestores Regionais (CIR). Ficaram mantidas as 28 regiões de saúde, antigas microrregiões definidas no PDR 2007 e os CGMR substituídos pelas CIR.

Tendo em vista as características do processo de regionalização no estado da Bahia, mencionadas acima, e a conformação de redes regionalizadas um dos desafios essenciais para a garantia de atenção integral, o presente capítulo tem como objetivo descrever e analisar os temas prioritários e dinâmicas de pactuação estabelecidos no espaço da Comissão Intergestores Regional de Santo Antônio de Jesus, no ano de 2013, sobretudo no que se refere às ações e acordos para a consolidação de Redes de Atenção à Saúde coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS).

Este capítulo apresenta os resultados provenientes da observação e análise temática das atas das reuniões mensais da Comissão

Intergestores Regional de Santo Antônio de Jesus durante o ano de 2012. Naquele ano, ocorreram nove reuniões ordinárias e extraordinárias, sendo que os encontros de janeiro e fevereiro não aconteceram por falta de quórum e nos meses de outubro, novembro e dezembro foram cancelados devido ao período eleitoral (Quadro 1). Foram realizadas cinco observações sistemáticas não-participantes das reuniões e análise das nove atas disponíveis no *site* da Diretoria de Programação e Desenvolvimento de Gestão Regional da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia. No estatuto da CIR desta região de saúde está definido que as reuniões seriam itinerantes, na forma de rodízio entre os municípios membros, por adesão voluntária.

Quadro 1 - Observações e reuniões da Comissão Intergestores Regional de Santo Antônio de Jesus (BA), 2012

Município	Reunião Prevista		Realizada	Observada
	Ordinária	Extraordinária		
Santo Antônio de Jesus	10/01/2012	---	Não	Não
Santo Antônio de Jesus	07/02/2012	---	Não	Não
Presidente Tancredo Neves	---	13/03/2012	Sim	Não
Santo Antônio de Jesus	---	27/03/2012	Sim	Não
Amargosa	10/04/2012	---	Sim	Não
Mutuípe	08/05/2012	---	Sim	Sim
Dom Macedo Costa	---	05/06/2012	Sim	Não
Cruz das Almas	---	27/07/2012	Sim	Sim
Santo Antônio de Jesus	01/08/2012	---	Sim	Sim
Santo Antônio de Jesus	14/08/2012	---	Não	Não
São Miguel das Matas	12/09/2012	---	Sim	Sim
Santo Antônio de Jesus	---	19/09/2012	Sim	Sim
Aratuípe	16/10/2012	---	Não	Não
Santo Antônio de Jesus	06/11/2012	---	Não	Não
Santo Antônio de Jesus	13/12/2012	---	Não	Não

Fonte: elaboração própria.

As observações e análise das atas foram guiadas pelo objetivo principal de identificar os temas mais recorrentes nas reuniões, indicando as prioridades em saúde pautadas pelos gestores, e os processos

de negociação e pactuação, principalmente no tangente à construção das redes regionalizadas para garantia de atendimento integral em saúde. Buscou-se também identificar a presença e frequência de discussões que indicassem estratégias e ações para fortalecimento da APS na região com vistas a assunção do papel de coordenação do cuidado pelas Equipes de Saúde da Família (EqSF) nas RAS. Com base na análise temática das atas e registros realizados durante as observações foram estabelecidas dimensões de análise que apontam os temas mais relevantes, mobilizadores e presentes nos encontros realizados da CIR durante o ano de 2012 no município de Santo Antônio de Jesus.

### **Comissão Intergestores Regional de Saúde de Santo Antônio de Jesus: temas frequentes e pautas prioritárias**

A região de saúde em análise é constituída por 23 municípios, com população total de 442.930 habitantes, distribuídos em um território de 8.449 Km<sup>2</sup>, pertencentes ao Recôncavo da Bahia, e fazem parte da Macrorregião Leste de Saúde, conforme desenho do PDR 2007. (BAHIA, 2011b) A CIR é uma instância colegiada, não paritária, composta por todos os gestores municipais e representantes indicados pelo Secretário Estadual de Saúde, cujas decisões tomadas por consenso têm caráter deliberativo no território de abrangência e consultivo para a CIB quando se trata de pautas referentes a outras regiões de saúde. A organização da CIR ocorre por meio do plenário; secretaria executiva (de responsabilidade no município sede, Santo Antônio de Jesus); câmaras técnicas, com vistas a desenvolver análises e propostas técnicas em áreas estratégicas definidas; e grupos de trabalho, de caráter eventual, constituídos mediante necessidade de aprofundamento de temas de interesse do plenário. As reuniões são abertas ao público, cujo direito a voz será autorizado pelo plenário. (BAHIA, 2007b)

Com base na análise das atas e observações das reuniões da CIR, ocorridas durante o ano de 2012, os temas presentes, sobretudo no

que se refere à definição de estratégias regionalizadas para garantia de atenção integral, com especial foco sob a APS, foram categorizados em seis dimensões de análise com base na frequência com os quais eram pautados, apresentados no Quadro 2: Atenção Primária à Saúde; atenção especializada e serviços de urgência/emergência; atenção hospitalar; Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI); e Educação Permanente em Saúde.

Quadro 2 – Temas apresentados e debatidos nas reuniões da Comissão Intergestores Regional de Santo Antônio de Jesus (BA), 2012

DIMENSÕES	TEMAS
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprovação do projeto para credenciamento de equipe de saúde bucal nos municípios de Varzedo e Nova Itarana;</li> <li>- Aprovação do projeto para implantação de equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) tipo 2 no município de Jaguaripe;</li> <li>- Apresentação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB);</li> <li>- Discussão de problemas relacionados à rotatividade e insuficiência de profissionais, sobretudo médicos;</li> <li>- Demissão de profissionais no período pré e pós-eleitoral;</li> </ul>
ATENÇÃO ESPECIALIZADA E SERVIÇOS DE URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solicitação junto ao governo do Estado de priorização da região de Santo Antônio de Jesus para recebimento de recursos do plano da rede de urgência para as linhas de cuidado cardiovascular, cerebrovascular e traumatologia;</li> <li>- Inclusão dos municípios de Sapeaçu e Aratuípe no SAMU e ampliação da base descentralizada para os municípios de Cabaceiras do Paraguaçu, Itatim, Jaguaripe, Nova Itarana, Salinas da Margarida e Conceição da Feira, com o objetivo de atingir 100% de cobertura da população da região;</li> <li>- Definição junto à SESAB dos serviços prioritários na região: RX, USG, laboratório e ECG, destacando a necessidade da coordenação dos fluxos por meio do cadastramento e credenciamento das unidades públicas e privadas;</li> <li>- Discussão com a SESAB sobre a necessidade de atualização de cadastros dos estabelecimentos de saúde privados e públicos na região, já que sem a atualização não haverá aprovação de orçamentos para a saúde;</li> <li>- Envio de documento único em nome da CIR, solicitando à SESAB a revisão do parecer que não contemplou alguns municípios da região com sala de estabilização;</li> <li>- Formação do grupo de trabalho para a construção do projeto de implantação do CAPS Regional Álcool e Drogas na região, com sede em Amargosa;</li> <li>- Padronização do protocolo de transporte de pacientes nas Unidades de Suporte Avançado integradas ao SAMU Regional;</li> </ul>



<p>ATENÇÃO HOSPITALAR</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização da análise da capacidade instalada do Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus (HRSAJ) e de possível subnotificação de procedimentos;</li> <li>- Constatação da execução de vários atendimentos não pactuados, sem regulação e nem Autorização de Internação Hospitalar (AIH) realizados no HRSAJ;</li> <li>- Apresentação de casos de dificuldade de acesso ao HRSAJ por parte da população de alguns municípios;</li> <li>- Denúncia de acesso a procedimentos no HRSAJ por meio de fluxos informais não pactuados;</li> <li>- Destaque da importância do HRSAJ para a região, com a realização de 400 mil atendimentos no ano de 2011;</li> <li>- Denúncias sobre priorização do atendimento de pacientes oriundos da rede particular por parte alguns profissionais de saúde do HRSAJ;</li> <li>- Formação de grupo de trabalho envolvendo técnicos da SESAB e COSEMS para estimar o número de leitos necessários em cada município com base na PPI vigente e/ou série histórica, com posterior organização de oficina com gestores municipais para adequação do CNES;</li> <li>- Pactuação para realização das cirurgias eletivas entre os municípios executores e demandantes da região;</li> </ul>
<p>PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE (PPI)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solicitação ao Estado de revisão da PPI, devido às dificuldades encontradas pelos municípios em relação aos valores pagos pela tabela SUS;</li> <li>- Descumprimento da PPI Ambulatorial do Município de Varzedo, que apresentou dificuldades para obtenção de referências para os serviços especializados no município executor, Santo Antônio de Jesus;</li> <li>- Revisão e relocação dos recursos da PPI para novos procedimentos;</li> <li>- Formação de Câmara Técnica de Atenção à Saúde para subsidiar a tomada de decisões para cumprimento da PPI;</li> <li>- Autorização da SESAB para que os municípios da região solicitem a adequação da PPI;</li> <li>- Discussão sobre a distribuição do valor correspondente à PPI para a realização das cirurgias eletivas do componente II (especialidades e procedimentos prioritários) na região (caberia 40% do valor aos municípios executores e 60% aos demandantes);</li> </ul>
<p>EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussão da capacitação em Acolhimento Pedagógico (antigo Introdutório), um dos pontos a serem avaliados pelo PMAQ-AB;</li> <li>- Aprovação do projeto de capacitação para prevenção à violência e aos acidentes de trânsito no município de Presidente Tancredo Neves, em parceria com o centro de formação de condutores;</li> <li>- Discussão e aprovação do plano regional para formação de facilitadores na Linha de Cuidado Materno-Infantil;</li> <li>- Confirmação da participação dos gestores no Congresso do CONASEMS;</li> <li>- Aprovação e adequação do Regimento Interno do Núcleo Regional de Educação Permanente;</li> <li>- Discussão sobre a implantação da telemedicina nas Unidade de Pronto Atendimento para a realização de Tele-Eletrocardiograma;</li> <li>- Definição dos planos municipais de qualificação regional em Saúde Mental, álcool e outras drogas;</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria.

## *Atenção Primária à Saúde*

A APS foi um tema pouco frequente e pouco discutido nas reuniões da CIR. Segundo os gestores, isto ocorreu pelo fato da região já contar com uma extensa cobertura por EqSF na maior parte dos municípios, enquanto as redes de urgência e emergência estavam em desenvolvimento e processo de implantação. Os poucos momentos nos quais o tema fez parte das pautas foram os necessários à aprovação da implantação de novas EqSF e NASF e estratégias de educação permanente.

A rotatividade dos trabalhadores em saúde também foi um tema presente nas discussões sobre a APS na região, e ocorre, segundo os gestores não apenas entre municípios, mas também entre profissionais de todos os níveis de atenção, agravada pela precariedade dos vínculos trabalhistas. Os gestores avaliam que a Estratégia Saúde da Família é a mais prejudicada pela rotatividade dos profissionais, pois a alteração na equipe pode causar mudanças importantes no cuidado prestado ao usuário como perda do vínculo, assim como necessidade de empreender novas capacitações para qualificação dos recém-contratados.

A demissão de profissionais de saúde no período pré e pós-eleitoral também foi tema de debate na CIR, justificada por necessidade de prestação de contas junto ao Tribunal de Contas da União antes do término do mandato, o que atinge não apenas a APS. Denúncias de destruição de documentos e falta de controle e armazenamento adequados de notas fiscais, licitações, entre outros, também foram problemas debatidos pelo grupo.

## *Atenção especializada e serviços de urgência/emergência*

Por meio da análise das atas, evidencia-se que a implantação da rede de urgência exigiu dos gestores estratégias de planejamento e de pactuação dos fluxos de forma regionalizada e que a CIR foi um espaço importante de acordos e tomada de decisões. Na mesma perspectiva do Pacto pela Saúde, a Portaria Nº 2.970, de 8 de dezembro de 2008

(BRASIL, 2008), instituiu diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU, definindo novas diretrizes e parâmetros técnicos para sua expansão, com base em indicadores de tempo e resposta oportuna e não somente o critério populacional, como na política anterior. Outra mudança importante foi em relação à regionalização das centrais municipais de regulação já implantadas e a inclusão de novos municípios. Além dos critérios de infraestrutura, a Portaria N° 2.970/2008 passou a exigir que todos os projetos de regionalização do SAMU fossem avaliados e aprovados pelas Comissões Intergestores Regionais, antes de serem encaminhados ao Ministério da Saúde. (BRASIL, 2008; SOARES et al., 2013)

A implantação do SAMU regional vem fortalecendo a capacidade dos municípios na constituição de redes regionalizadas de cuidado às urgências, com a descentralização do atendimento para as cidades da região, favorecendo a inclusão de municípios anteriormente não contemplados e a realização de atendimentos mais oportunos. Observou-se nas reuniões da CIR grande mobilização em torno do tema, com a constituição de grupos de trabalho e discussão coletiva para o estabelecimento de fluxos de atendimento (Quadro 2).

Outra discussão bastante recorrente nos encontros ocorridos no ano de 2012 foi a necessidade de atualização de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) privados e públicos. O espaço da CIR foi frequentemente utilizado para informar aos gestores consequências da desatualização do CNES como: ociosidade de leitos hospitalares não cadastrados; cadastro de profissionais em mais de três estabelecimentos de saúde e de alguns que não atuam mais nos municípios. As penalidades advindas da falta de atualização também foram ressaltadas como ações no Ministério Público por parte de profissionais de saúde que continuam cadastrados na rede do município sem, no entanto, estar atuando no mesmo; suspensão dos repasses estadual e federal; e a não autorização para a implantação de novos serviços de saúde, como por exemplo, salas de estabilização, leitos, dentre outros.

## *Acesso à atenção hospitalar*

Este foi o tema que mais gerou embates e discordâncias entre os municípios que compõe a CIR da região. O Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus foi inaugurado em dezembro de 2009 e é responsável pelo atendimento da população dos 133 municípios que compõem a região geográfica do Recôncavo da Bahia, que incluem as regiões de saúde de Santo Antônio de Jesus e Cruz das Almas. O HRSAJ pertence à administração indireta, cuja gestão pertence à Organização Social do Instituto Fernando Filgueiras, e presta atendimento conforme pactuação estabelecida entre Santo Antônio de Jesus e os demais municípios da região, assim como pactuações firmadas entre as Secretarias Municipais de Saúde de outras regiões, intermediadas pela SESAB. (BAHIA, 2013)

Funciona com capacidade operacional de 146 leitos, distribuídos em enfermarias de clínicas pediátrica, cirúrgica, médica e psiquiátrica, UTI geral adulto e centro cirúrgico, realizando cerca de 43 mil procedimentos/mês. No que se refere ao atendimento ambulatorial, oferta as especialidades de Anestesiologia, Angiologia Clínica e Cirúrgica, Cardiologia, Cirurgia Geral, Clínica Geral, Gastroenterologia, Geriatria, Neurologia, Pediatria, Pneumologia, Ortopedia, Urologia e Cirurgia Buco-Maxilo-Facial.

Nas reuniões eram constantes as discussões sobre as pactuações realizadas, tanto no que se refere à solicitação de serviços não pactuados quanto ao descumprimento dos acordos. Nestes casos, as discussões eram polarizadas entre gestor do município sede e, por vezes, representantes do HRSAJ, e as demais representações municipais. As demandas relativas à atenção hospitalar levaram o conjunto dos gestores a solicitarem reunião extraordinária para discussão dos problemas e possíveis soluções. Foram mencionados atendimentos não pactuados, sem regulação e realizados sem Autorização de Internação Hospitalar, ocorridos por meio de fluxos informais, geralmente operacionalizados por profissionais de saúde do próprio hospital e/ou por forças políticas da região.

Dificuldades de acesso, mesmo para os procedimentos pactuados e que seguiam os fluxos formais de referência e regulação, também foram relatados. Foi informado por alguns municípios que profissionais de saúde que atuam no HRSAJ e também na rede privada, davam prioridade para o atendimento de seus pacientes particulares, em detrimento daqueles referenciados pelos municípios pactuados.

As discussões e problemas identificados na CIR motivaram a criação de um grupo de trabalho envolvendo técnicos da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia e do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde para estimar o número de leitos necessários em cada município com base na PPI vigente e/ou série histórica, com posterior oficina com gestores municipais para as adequações necessárias.

### *Programação Pactuada Integrada da Assistência à Saúde (PPI)*

Temas relacionados à PPI foram bastante frequentes nas discussões das reuniões da CIR no ano de 2012, visto que é neste espaço institucional que os municípios planejam ações que visam garantir o acesso da população aos serviços de saúde.

Solicitações de revisão da PPI ocuparam seguidamente a pauta, sobretudo, pelas dificuldades para contratação de prestadores em função dos valores pagos pela tabela de remuneração do SUS, considerada insuficiente para a maioria dos procedimentos. Segundo informações apresentadas pelos gestores, alguns procedimentos apresentam valores até 700% superiores aos pagos pelo SUS, cabendo ao município contratante arcar com a diferença. O descumprimento das pactuações, principalmente pelo município sede, também foram seguidamente debatidos. A formação de uma Câmara Técnica de Atenção à Saúde possibilitou aos municípios solicitarem à Secretaria Estadual de Saúde da Bahia autorização para adequação da PPI, assim como a revisão e relocação dos recursos para novos procedimentos (Quadro 2).

## *Educação Permanente em Saúde*

As estratégias de Educação Permanente foram temas presentes nas discussões da CIR de Santo Antônio de Jesus, conforme demonstra o Quadro 2. Nas reuniões, observou-se que os gestores discutem as necessidades de capacitação existentes na região, com a construção de planos e realização de capacitações regionais. Em vários momentos foi discutida a necessidade da educação permanente como possibilidade de resolução dos problemas e fortalecimento da região, como por exemplo, a aprovação do projeto de capacitação para prevenção à violência e aos acidentes no trânsito ou ainda, a discussão sobre a implantação da telemedicina nas UPA.

O Acolhimento Pedagógico, também, foi uma estratégia presente como mecanismo de qualificar os profissionais da Saúde da Família. Contudo, de maneira geral as propostas se caracterizam de maneira pontual, ou seja, sem incorporação ao processo de trabalho dos profissionais e não, necessariamente, enquanto uma política regional de Educação Permanente em Saúde.

## **Considerações finais**

A análise temática documental e observação das reuniões da Comissão Intergestores Regional de Santo Antônio de Jesus indicam que a Atenção Primária à Saúde, de forma geral, é um tema pouco frequente na pauta de discussões. Apesar dos problemas enfrentados para a consolidação da ESF no nível local, como por exemplo, insuficiência de médicos e o funcionamento das USF restritas a alguns turnos semanais, a APS não foi um tema prioritário nas discussões, ficando as mesmas restritas a aspectos vinculados à rotatividade e disputa por profissionais entre os municípios, sem a busca de soluções regionais para este problema. Não foram identificadas apresentação e debate de pautas que remetessem à mobilização em torno de estratégias, regionais ou mesmo municipais, para fortalecimento das EqSF e garantia de cuidados coordenados pela Estratégia Saúde da Família, ficando

estes temas restrito às intervenções intramunicipais. A meta de conformação de Redes de Atenção à Saúde coordenadas pela APS ainda é um objetivo bastante distante diante da premência de garantir acesso à atenção especializada, de urgência e emergência e de atenção hospitalar, temas que dominaram a pauta de discussão da CIR na região de saúde no ano de 2012.

Os temas emergentes, naquele momento, e que de fato mobilizaram o conjunto dos gestores em uma perspectiva regional, considerando as noções de territorialidade e planejamento integrado, foram àqueles vinculados à constituição da rede de urgência e emergência, cuja diretriz da Portaria 2.970/2008 já determinava a necessidade de abrangência e implantação regional.

A insuficiente oferta de atenção especializada, os valores pagos pela tabela do SUS, as dificuldades de implementação de fluxos formais para a atenção hospitalar, bem como desafios para o cumprimento das pactuações definidas na PPI também foram temas prioritários e mobilizadores da agenda da CIR de Santo Antônio de Jesus.

A observação das reuniões ordinárias e análise das atas parece indicar que na região de saúde de Santo Antônio de Jesus a CIR representou um espaço potencial de articulação para a conformação de redes regionalizadas, pelo menos em algumas redes temáticas específicas, como no caso das urgências, em interlocução direta com a SESAB, e de pactuação e tomada de decisões firmadas no coletivo regional. Neste sentido, as reuniões revelaram dificuldades comuns aos municípios, desvelando o grande desafio de garantia da integralidade do cuidado por meio da constituição de redes regionalizadas ao mesmo tempo em que possibilitou aos gestores elencarem propostas para resolução dos problemas identificados, considerando as distintas posições e formulação de soluções conjuntas.

Ressalta-se que embora os temas e problemas apresentados não sejam novos no processo de implantação do SUS, a existência de um espaço institucional de planejamento e tomada de decisões conjuntas, de abrangência regional, representa estratégia importante para

viabilizar a “regionalização solidária” e aumentar as possibilidades de garantia de atenção integral em saúde. Ainda assim, é interessante observar como temas referentes à APS foram pouco frequentes mesmo que seja reconhecido o enfrentamento de problemas comuns entre os municípios da região e que comprometem a constituição de uma porta de entrada resolutiva e de qualidade. A integração regional foi favorecida, sobretudo, por meio de projetos e políticas que, desde sua concepção, exigiam interrelação entre entes federados, como foi o caso do SAMU regional. Além disso, os serviços de urgência estavam em pleno processo de implementação, enquanto a ESF já gozava de altas coberturas na maior parte dos municípios.

## Referências

ARAÚJO, J. D.; FERREIRA, E. S. M.; NERY, G. C. Regionalização dos serviços de saúde pública: a experiência do estado da Bahia, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 7, p. 1–19, 1973.

ASSIS, E. et al. Regionalização e novos rumos para o SUS: a experiência de um colegiado regional. *Saúde sociedade*, v.18, p. 17–21, 2009.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Diretoria de Gestão da Rede Própria. *Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus*. Disponível em: <<http://www1.saude.ba.gov.br/dgrp/pagina.aspx?m=A98668C5508B1F85A54EACC49E858901B6F314969D98F1E7>>. Acesso em: 6 jun. 2013.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Plano Diretor de Regionalização – PDR 2003. Última atualização Res CIB 181 de 24/08/2011. *Diário Oficial do Estado*, 2011a.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Plano Diretor de Regionalização – PDR 2007. Última atualização Res CIB 181 de 24/08/2011. *Diário Oficial do Estado*, 2011b.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Comissão Intergestores Bipartite da Bahia. *Resolução CIB N° 132/2007, de 29 e 30 de setembro de 2007*. Que aprova o novo desenho do Plano Diretor de Regionalização do Estado da Bahia, 2007a.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Comissão Intergestores Bipartite da Bahia. *Resolução CIB N° 143/2007, de 09 de outubro de 2007*.



Que define o CGMR como foro privilegiado para a negociação, pactuação, planejamento e avaliação da gestão das políticas de saúde no Estado entre as Secretarias Municipais de Saúde/SMS. *Diário Oficial do Estado*, 10 out. 2007b.

BELTRAMMI, D. G. M. Descentralização: o desafio da regionalização para Estados e Municípios. *Revista de administração em Saúde*, São Paulo, v.10, n. 41, p.159–163, out./dez., 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Colegiado de gestão regional na região de saúde intraestadual: orientações para organização e funcionamento*. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria MS nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-373.htm>>. Acesso em: 07 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS n.º 2.970 de 2008. Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU 192. *Diário Oficial da União*, Brasília, 8 dez. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS n.º 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, 22 fev. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso*. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002. 2. ed. ver. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

DOURADO, D. de A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Rev. Saúde Pública*, v. 45, n.1, p. 204–211, 2011.

IBGE. *Censo demográfico: população residente nas áreas urbanas e rurais em 2010*. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 07 jul. 2013.

MACHADO, J. A. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa”? *Revista brasileira Ciências Sociais.*, v. 24, n. 71, p. 105–119, 2009.

MAGALHÃES, M. C. B. Os Colegiados de Gestão Regional como dispositivos da Regionalização do SUS “Cenários e Perspectivas”: Análise da Situação do CGMR na Bahia. In: ENCONTRO ESTADUAL DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE DO SUS-BA, 2010, Salvador. *Encontro...* Salvador: Sesab, 2010. Mostra de Experiência dos Colegiados de Gestão de Microrregionais.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. O desafio da implantação de redes de atenção à saúde no Brasil. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate.* Brasília, 2011.

SOARES, F. R. R. et al. Regionalização dos Serviços Móveis de Urgência a partir da Política Nacional de Atenção às Urgências. *Revista Enfermagem UFPE*, Recife, v. 7, p. 4332–4339, jun. 2013.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. *Revista Brasileira Saúde Materna Infantil*, v. 5, n. 4, p. 493–503, 2005.

SOUZA, E. J. C. de. *Políticas territoriais do estado da Bahia: regionalização e planejamento.* 2008. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Geociências, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 451–555, 2001.

VIANA A. L. D. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. São Paulo. *Perspectiva*, v. 22, p. 92–106, 2008.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.15, n. 5, p. 2317–2326, 2010.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, p. 355–370, 2007.



## PARTE III

---



# Redes de cuidado: conexão e fluxos para o bom encontro com a saúde

---

*Túlio Batista Franco*

## Introdução

Este texto pretende discutir a questão das redes nos serviços de saúde, na perspectiva da sua micropolítica, ou seja, olhando especialmente a ação cotidiana de cada trabalhador e equipe na construção das linhas de cuidado por onde transitam os usuários.

Falar em redes nos serviços de saúde é pensar os trabalhadores e usuários em ação, seus atos de fala, uns com os outros, a escuta, os gestos e, sobretudo, a vontade. Isto mesmo, as redes começam onde há desejo ou vontade em cuidar. A percepção que tenho das redes é algo informe, às vezes, invisível, que opera por fluxos, e por isto mesmo tem uma leveza quase sonora, porque acontece sempre entre os que se propõe às conexões, ao encontro. Isto significa que a rede não se forma no polo de uma equipe ou outra, mas na relação, por isto a perspectiva de que acontece no entre é central para compreender-

mos o quanto é valiosa esta ideia de conexão, fluxos entre os que se propõem a formar redes de cuidado.

Ao afirmarmos que as redes acontecem onde há desejo para o cuidado, importa discutirmos rapidamente este conceito. Para Deleuze e Guattari (2004), o desejo se forma nos processos primários, que é como se fosse uma usina, em permanente produção e fabricação de mundos, para os quais o sujeito se põe em movimento, impulsionado por uma energia propulsora, desejante. Neste sentido, percebemos que as redes são o resultado ou produto do esforço dos trabalhadores movidos por extrema vontade em cuidar e, sabendo que, para isto, é necessário se conectar com outros trabalhadores, individuais ou coletivos. Há redes quando os trabalhadores fazem investimentos afetivos na ideia de que cuidar é se responsabilizar, conduzir processos, facilitar o acesso, proporcionar conforto e proteção. E o desejo não tem caminhos pré-formatados, ele anda por onde andam os afetos e é por aí que as conexões e fluxos vão se formando, linhas de cuidado, novos mapas redesenhando as redes. Digamos que este seja o primeiro pressuposto para a formação de redes de cuidado nos serviços de saúde.

O trabalho é a categoria fundamental que nos permite compreender os processos produtivos, o cuidado, a capacidade em produzir autonomia no usuário sobre os seus modos de andar a vida. E é pela sua atividade que os trabalhadores produzem as redes, trabalho mediado pelas tecnologias de cuidado e os agenciamentos que atravessam o próprio trabalhador, aquilo que ativa sua vontade em cuidar e o põe em movimento.

O ato de cuidar é sempre singular, dependente do trabalhador e usuário, especialmente do encontro entre ambos e sua espetacular capacidade de produção intercessora, de se produzirem nos afetos mútuos como dinâmica deste encontro, mediado pelos agenciamentos que cada um traz sobre o significado do que é cuidar. Sendo assim, não há um juízo de valor sobre as redes ou o ato de cuidar, não existe um “*a priori*”, pois as redes e o cuidado vão se produzindo no encontro. Podem assumir características diferentes em uma mesma

equipe, por exemplo, os agenciamentos dos quais falamos, que põem o trabalhador em movimento para o cuidado, pode ser na direção de produzir o acolhimento ou um cuidado biomédico, suas características só vão ficar claras quando houver o cuidado, o ato de cuidar se consumir. Queremos dizer que a subjetividade que institui na pessoa um modo singular de estar no mundo, pode se inscrever tanto no território existencial biomédico, quanto de outra forma, no território do acolhimento, tendo este ou aquele como estruturantes de práticas de cuidado, menos generosas ou mais generosas com a pessoa.

## As redes entre liberdade e captura do trabalho

Em 2006 escrevi sobre “As redes na micropolítica dos processos de trabalho em saúde” (FRANCO, 2006), tomando por referência o conceito de “rizoma” de Deleuze e Guattari (1995), considerando este conceito fundante da ideia de cartografia e aplicando no campo do pensamento sobre o cuidado em saúde, que se produzia em linhas, sem uma prescrição anterior ou contrariando uma normativa já instituída. Esta produção se daria em ato e por isto mesmo é sempre singular. Falaremos disto neste texto que pretende enfrentar a discussão das redes, tendo como foco a micropolítica do trabalho na atenção básica, e sua potência criativa. Partimos do pressuposto de que todo trabalho em saúde opera em redes (FRANCO, 2006) e, portanto, nos cabe avaliar e qualificar como estas acontecem no seu cotidiano, e o modo de produzir o cuidado a partir das conexões e fluxos entre os trabalhadores, e destes com os usuários dos serviços de saúde.

As redes se formam por imperativo do próprio trabalho, em que não há autossuficiência de nenhum saber e fazer, é necessário produzir conexões entre os próprios trabalhadores para que se produza o cuidado. O cotidiano de uma unidade de saúde seja na atenção básica ou hospitalar demonstra muito bem isto. Os trabalhadores conversam entre si todo o tempo de trabalho, e é nos atos de fala que vão produzindo as ações do cotidiano, o cuidado vai fluindo como produto do esforço de cada um.



Um dado fundamental para análise das redes é o de que o trabalho em saúde é centrado no “trabalho vivo” (MERHY, 2002), ou seja, o trabalho que se exerce e produz no exato momento de atividade, na relação com o usuário. E o principal atributo do trabalho vivo é a liberdade, o que coloca o trabalhador na condição de controlar ele mesmo seu próprio processo de trabalho. Este dado já traz uma complexidade importante para a análise das redes, pois, ao concebermos que o trabalhador exerce o autogoverno sobre seu trabalho, ele tem a possibilidade de definir como vai se dar o cuidado ao usuário, e a formação das próprias redes. Como já dito aqui, sendo assim é impossível definir antecipadamente como será o cuidado ao usuário, vai depender sempre dos processos de trabalho em ato, na relação entre o trabalhador e usuário, a caracterização do ato de cuidar.

Embora haja altos graus de liberdade sobre seu próprio processo de trabalho, o trabalhador sofre também a tensão de linhas de regulação sobre sua atividade cotidiana. A exigência de produtividade no trabalho, medida sobre o volume de procedimentos, o controle de agendas limitando um trabalho do tipo “porta aberta”, a regulação do acesso através da estratificação da população por problemas de saúde, são alguns exemplos de que há “linhas de força” de natureza taylorista tensionando para a configuração de um processo de trabalho centrado nas normas de funcionamento dos serviços. A regulação do trabalho convive neste caso com espaços de liberdade, havendo assim permanentemente uma tensão entre liberdade e captura no processo produtivo do cuidado. É nesse meio que o trabalhador se movimenta em uma micropolítica de alta complexidade, em que muitos arranjos são feitos e desfeitos, que favorecem ou não certos tipos de cuidado aos usuários, mas é sempre uma arena de disputas de projetos, mediada pelas tecnologias de trabalho, intencionalidades, e a singularidade de cada encontro entre o trabalhador e usuário.

## Ética e cuidado no trabalho nas redes

Percebemos, portanto, que as opções do trabalhador sobre o modo de produzir o cuidado vão estar sempre marcadas por uma tensão constitutiva do seu processo de trabalho, definidas pela prescrição deste trabalho, e a liberdade que constitui o seu agir cotidiano, como já dissemos anteriormente. O resultado do processo de trabalho saído desta tensão vai caracterizar uma certa ética de cuidado, ou seja, o modo específico como este trabalhador opera no mundo do trabalho para a produção do cuidado. O projeto ético de cuidado se define pela forma singular com que o trabalhador significa sua condição de cuidador, por exemplo: Que significado ele dá ao usuário? – aos outros trabalhadores da sua equipe? – ao próprio ato de cuidar? Estas questões estão na base das ações dos trabalhadores, porque o modo singular como ele significa o mundo do cuidado, vai indicar suas ações e seu trabalho. A isto chamamos de subjetividade.

A subjetividade se produz com base na experimentação da vida, portanto, é na interação da pessoa com o campo social, suas vivências, que vão definindo sua forma singular de significar o mundo. É a partir desta produção de si que a pessoa opera no campo social ao qual se inscreve: a escola, a equipe de saúde, a família, as relações afetivas, o trabalho etc. Podemos afirmar, portanto, que o mundo produz o sujeito-singular e, este, ao mesmo tempo, produz este mundo. É o que Deleuze (2005) vai chamar de “movimento em dobra”, ou seja, não há um “fora” definido pelo campo social em contradição com um “dentro” definido pela subjetividade, mas sim uma ideia de que o social está “em nós” e a subjetividade no campo social, e os dois têm uma imanência entre si, operando ao mesmo tempo para formação da subjetividade e esta, nas ações no mundo. Como discutido aqui, o campo da saúde e a produção do cuidado, o meio social ao qual nos inserimos é o do trabalho em saúde, e este é a principal referência para estes temas.

Se o trabalhador na sua percepção singular sobre o mundo do cuidado, significa o usuário como um “ser de segunda categoria”, ele vai produzir o cuidado de um modo referenciado nesta ideia e, portanto, não será o mesmo modo de cuidar que gostaria que fizessem, por exemplo, com ele próprio. Isto porque, ele dá um valor àque-la vida, do usuário, diferente e menor, do que o valor que dá à sua própria vida. Há certos grupos de usuários que sofrem fortemente de discriminação e são alvo de ações “não cuidadoras” ou “punitivas” por parte de alguns dos trabalhadores, como por exemplo, usuários de drogas, adolescentes gestantes, entre outros. Nestes casos específicos, o ato de cuidar é fortemente marcado por uma sobreimpli-cação, isto é, um código de condutas instituído no próprio trabalhador, que se sobrepõe à ideia de cuidador. Assim, ao invés de cuidar, ele passa a julgar estes grupos conforme seus próprios valores, não ad-mitindo a legitimidade de certas formas de vida, que sejam diferen-tes da sua ou contrárias aos seus valores. O que aparece no lugar do cuidador é um sujeito-moral que passa a ditar normas para o viver do outro, e estabelece relações de cuidado com seu pressuposto mo-ral sobre os modos de vida. Percebemos assim como a subjetividade opera no campo social, neste caso, a produção do cuidado. Da mesma forma se um trabalhador percebe que as relações de equipe devem se dar por diretrizes hierárquicas, ele vai se relacionar com os outros trabalhadores através de uma escala de valores sobre as profissões em saúde, se colocando acima ou abaixo de certos colegas de equipe. A forma singular de perceber estas relações vai interferir na formação das redes de cuidado, já que estas são dependentes das conexões e fluxos que se forma entre os trabalhadores.

Portanto, verificamos que se um trabalhador não reconhece que todos os conhecimentos dos membros da equipe são válidos e im-portantes para produzir o cuidado e que, a resolubilidade ótima, e a integralidade, só se produzem com base nessa multiplicidade, ele não vai conseguir se conectar com outros colegas de equipe, por-que vai enxergar sempre uma relação hierárquica entre os mesmos.

Um exemplo desta questão é o fato de que em alguns lugares os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são discriminados pela equipe, às vezes, impedidos de participar das reuniões de equipe, pelo não reconhecimento dos outros, em relação ao conhecimento que eles têm. O ACS tem o melhor e mais abrangente conhecimento do território e cotidiano da comunidade à qual vivem os usuários, e destes próprios. E isto é fundamental para uma boa análise de risco e estabelecimento de um projeto terapêutico integral. É com base no reconhecimento das diversas potencialidades presentes em cada trabalhador, e de que a diversidade é a riqueza de uma equipe, que vai se construir um trabalho solidário, condição para o trabalho em redes no sentido da produção do cuidado integral.

Observamos, portanto, que não há um “determinante” para o cuidado em saúde, ou seja, este vai depender sempre da ação de cada um, trabalhadores e usuários, e sua micropolítica. Estes atos de cuidado podem variar de trabalhador para trabalhador, e mesmo em um mesmo trabalhador ao longo do dia. Esta é a questão mais importante, porque o trabalhador está sujeito a variações na sua subjetividade, a partir dos múltiplos encontros que tem com os usuários. Estas variações acontecem porque os muitos encontros que o trabalhador tem na sua atividade de trabalho, têm um efeito sobre os que se encontram, tanto no, trabalhador quanto no usuário. Esse efeito, com base na teoria de afecção de Espinosa (DELEUZE, 2002), produz em cada um maior ou menor potência de agir, se se caracterizar como um bom ou mal encontro respectivamente. As variações da subjetividade, ou melhor, as mudanças contínuas e ilimitadas da subjetividade, é o que chamamos de subjetivação. Portanto, estamos mais inclinados a processos de subjetivações, do que ter uma subjetividade estanque, cristalizada como se poderia imaginar. É assim com os trabalhadores de saúde, e isto explica o fato das suas variações no cuidado ao longo de um mesmo dia, e com usuários diferentes. Isto nos ajuda a analisar e autoanalisar como se dá o processo de trabalho e sua potência produtiva.

Em síntese, podemos observar que o fato do processo de trabalho estar centrado no trabalho vivo, que se realiza em ato, com base no encontro entre o trabalhador e usuário, onde todos que se encontram sofrem os efeitos dos afetos entre si, coloca o modo de produção do cuidado na atenção básica, em especial, como de alta complexidade. Lidar com subjetividades que operam na produção do mundo em que se encontram, é algo de alta dificuldade, pois o trabalhador é desafiado a cada encontro, a cada singularidade manifestada no usuário que ele se propõe a cuidar.

Para tentar compreender os aspectos que envolvem a produção do cuidado, em rede, e o protagonismo dos trabalhadores e dos usuários nesse processo, trazemos uma cena de cuidado para analisar e discutir, buscando aprender com mais este caso.

## Relato das cenas de cuidado

A cena abaixo foi descrita e discutida com estudantes no contexto da disciplina de Trabalho de Campo Supervisionado (TCSII), do Curso de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF), da qual sou professor, tendo como campo uma Unidade Básica de Saúde (UBS). A disciplina tem como objeto o aprendizado sobre o funcionamento da atenção básica, o que faço utilizando certos “casos” como analisadores (LOURAU, 1975) do cuidado. Assim, se pretende trabalhar no ensino com a ideia de “pedagogia do fator de exposição” (CARVALHO, 2009), aumentando a exposição dos alunos aos processos de produção do cuidado em todas suas dimensões. O relato abaixo diz respeito ao processo de cuidado a uma usuária, descrito por trabalhadores da UBS, para posterior análise, se tornando, assim, um dispositivo do processo de ensino-aprendizagem, em ato. Vamos a ele:

Usuária A. B. V. M., sexo feminino, nascida em 01/07/2012 (1 ano à época do atendimento), dá entrada no serviço de saúde, acompanhada da mãe, no dia 20/05/2013, por Serviço de Pronto Atendimento na Unidade Básica de Saúde. É atendida por médico de família e apresenta vermelhidão, edema e sinais de inflamação no olho direito.

O quadro é avaliado como grave e ela é encaminhada para oftalmologista. Infelizmente não consegue consulta, porque há carência deste profissional na rede de saúde em questão. A usuária retorna ao médico de família onde é atendida e encaminhada para a emergência, para que fosse internada, a fim de que o tratamento solicitado pelo médico, antibioticoterapia intravenosa, fosse realizado, sendo o hospital o local mais indicado para a realização deste procedimento. Porém, devido à alta demanda hospitalar a usuária não é internada e é tratada com terapia antibiótica oral. Retorna mais uma vez ao médico de família, onde novamente é consultada pelo médico que a acompanha. É encaminhada por este uma segunda vez para a emergência, porque a gravidade do caso recomendava cuidados especiais. Porém, a mãe não comparece ao serviço de urgência. Retorna à UBS, onde em mais uma consulta, ela relata dificuldades para ir à emergência e o desejo de se tratar na própria UBS. Dada a situação de precariedade no acesso às referências, a gravidade do quadro da criança e o tempo de espera para o atendimento, o médico da UBS resolve adaptar o tratamento às condições reais de cuidado da usuária, prolongando a antibioticoterapia oral, orientando para que seja feita em domicílio, e pede o retorno diário da usuária para avaliação. O tratamento é realizado com sucesso e após uma semana a usuária apresenta melhora e recebe alta.

## **A rede como conexão e fluxo: rede fraturada e trabalho criativo em cena**

A primeira questão que surge como relevante está relacionada à rede. O primeiro dado é que a rede existe, porque há o reconhecimento da mesma, comprovado pelo encaminhamento feito pelo médico de família ao oftalmologista. Mas ao mesmo tempo, esta rede se encontra fraturada, ela não se conecta para ofertar a consulta especializada, não se revela à usuária e ao médico da UBS.

Vemos aqui em primeiro lugar a rede normativa, o fluxo segundo os protocolos da secretaria de saúde, em que, na necessidade de um médico especialista, o encaminhamento deve partir do médico da UBS. Este fluxo demonstra um primeiro fracasso na condução do projeto terapêutico para a usuária, que envolve a consulta ao especialista, dado a gravidade do seu quadro oftalmológico.

Não havendo a rede formal e institucional em funcionamento adequado, o médico, no governo sobre seu próprio processo de trabalho, tenta uma solução que é inusitada para o caso, o encaminhamento para a urgência, fazendo uma aposta de que ali ela teria um atendimento condizente com a gravidade do quadro. Neste momento, o médico toma decisão por si mesmo, já não opera de acordo com um protocolo ou norma, mas cria soluções com base nas necessidades e condições reais para o cuidado. Conta, portanto, como já dissemos com a liberdade do seu trabalho vivo em ato, e faz um fluxo para outra unidade. Esse fluxo tem a intenção de estabelecer a conexão com a Unidade de Urgência. Então, vemos aqui a formação de uma outra rede, produzida em ato, de acordo com a necessidade da usuária e, portanto, é singular, ou seja, ela não está instituída e normatizada no protocolo, atende a uma situação específica, e dentro da sua singularidade, é única. Esta é uma característica das redes rizomáticas, elas são sempre únicas porque atendem a uma situação específica, um momento singular, e atos assistenciais dos trabalhadores que, também, são demarcados pelo tempo e espaço em que acontecem. O protagonismo dos que constroem as redes tem a marca desta singularidade, que é a expressão do seu trabalho, demarcado pela subjetividade, e sob a mediação dos saberes e instrumentos.

Recuperando o conceito de “rede rizomáticas” (FRANCO, 2006): opera em relações horizontais entre os que com ela se conectam; tem forte poder de desviar de obstáculos, porque é conduzida pelos trabalhadores, em ato; é múltipla porque conta com diferentes dispositivos na hora de fazer andar o usuário; heterogênea, porque lida com diferentes; e enfim, tem múltiplas entradas

e opera por fluxos e conexões. A característica da rede possibilita o fluxo. Mas nem sempre ela vai encontrar uma resposta completa para cada situação de cuidado, pois isto depende também de recursos existentes do outro lado, ou seja, em outras unidades, equipes e trabalhadores, aos quais a rede vai se conectar. Como na cena de cuidado aqui retratada, quando a criança é encaminhada à urgência, ali se formou uma rede, que deu uma resposta parcial ao problema da usuária, mas esta retorna ao médico da UBS justamente pela insuficiência desta resposta. Vemos aqui uma rede operando, de forma lenta, com idas e vindas, caracterizando uma rede com baixo nível de acordo, de pactuação entre os que se conectam, que é uma característica muito comum nos serviços de saúde.

A rede acontece em ato sob o protagonismo dos trabalhadores, e quando a criança retorna ao médico da UBS, este dá sequência ao seu projeto terapêutico, e encaminha novamente para um atendimento na urgência, arriscando uma segunda possibilidade de que a criança fosse internada para o tratamento indicado, viabilizando uma internação e tratamento com antibiótico via venosa. Vamos ver a rede acontecendo de forma não prevista, tentando desviar-se de obstáculos que se interpunham à ideia do projeto terapêutico original, que se vincula à ideia de que a internação era necessária.

## O projeto terapêutico e acolhimento

Observamos que a rede no âmbito da micropolítica, que se forma tendo por base os fluxos e conexões entre os próprios trabalhadores, seja de uma mesma Unidade de Saúde, ou unidades diferentes, é ativada a partir do projeto terapêutico, ou seja, os trabalhadores ao avaliarem a necessidade dos usuários pensam imediatamente nas ações que conseguirão responder ao seu problema de saúde. Projeto terapêutico é isto: o conjunto de atos assistenciais pensados para determinado usuário, com base nas suas necessidades. (FRANCO, 2003)

Mas o que parece simples ganha maiores graus de complexidade ao observarmos que o trabalhador de saúde tem seu projeto



terapêutico, mas o usuário, e neste caso específico a mãe da criança, também, tem uma avaliação das suas necessidades, e ele também pensa e atua construindo certas possibilidades para o atendimento ao seu problema de saúde. O usuário não é um ser passivo que fica à espera das ações que farão para intervir no seu corpo, ele age e disputa os projetos terapêuticos. (CARVALHO, 2009) No caso, a mãe por contingência de dificuldades, e possivelmente pela comodidade e conforto, já pensava em um projeto terapêutico que fosse possível conduzir no domicílio. Assim, ela mesma não se mobiliza para o segundo encaminhamento ao qual foi solicitada pelo médico. Ao mesmo tempo em que não comparece, retorna com a criança ao médico da UBS. Ou seja, é possível deduzir que seu “projeto terapêutico” não estava em contradição com o prescrito, mas iria em uma outra direção, a de tratar-se próximo à sua casa.

É possível compreender que no seu retorno a criança e sua mãe são acolhidas pelo médico da UBS, mesmo este sabendo que não ela compareceu na unidade de urgência à qual foi encaminhada. O médico acolheu, se responsabilizou, estabeleceu com ela e a criança um vínculo e um novo projeto terapêutico. Agora, daria continuidade aos cuidados domiciliares, com antibioticoterapia oral e monitoramento diário do caso. O trabalho do médico aparece como “trabalho criativo”, porque se estrutura com base na necessidade, na relação com a usuária, e atende a uma situação específica, tendo, portanto, um esforço de criação, decidindo, por exemplo, fora do protocolo. Percebemos que esta é uma característica importante do trabalho em saúde, pois os trabalhadores são instados a todo o momento à criação, invenção, pelos desafios que o trabalho em saúde interpõe a cada dia. E estes acontecem justamente porque os casos são sempre singulares, e não é possível uma produção serializada de cuidado, este também precisa ser singular, onde a cada um, há um manejo diferente a ser realizado. O trabalho criativo vem sendo discutido por Lazzarato e Negri (2001) como uma dimensão do trabalho imaterial que marca os tempos atuais. No caso da saúde, isto é o cotidiano e caracteriza o

processo de trabalho na atenção básica como de alta complexidade, pois vai se referir à relação de cuidado com sujeitos-singulares, onde cada um tem necessidades muito específicas, necessitando abordagens igualmente singulares.

O acolhimento é uma das importantes diretrizes de organização dos serviços de saúde, e requer novos significados na relação com os usuários, promovendo uma escuta qualificada do seu problema de saúde, resposta positiva, estabelecimento de vínculos e responsabilização pelo seu problema. Nota-se que para o acolhimento se efetuar nas relações de cuidado, não é necessário estar institucionalizado na rede de serviços, ele existe desde que os processos de trabalho o revelem como uma prática internalizada pelos trabalhadores, um modo de produzir o cuidado. E foi isto o que se observou.

## Considerações finais

O estudo das redes nos serviços de saúde se tornou uma das discussões mais desafiantes dos tempos atuais. Em primeiro lugar pela atualidade, porque é prioridade do Ministério da Saúde a organização de serviços em redes, tendo lançado as redes prioritárias para sua construção, que estão em pleno processo de efetivação. Em segundo lugar, pela complexidade que o tema alcança, ao supormos que o trabalhador tem altos graus de liberdade no exercício do seu trabalho e, portanto, está apto a realizar as redes com altos graus de singularidade, diferenciando em muito do que foi prescrito pela normatização oficial. Esta é a primeira conclusão a que chegamos.

O caso aqui discutido demonstra o quanto a rede vai fazendo desvios, pelo usuário ou pelo próprio trabalhador, e assumindo configurações específicas. O protagonismo do trabalhador e usuário na construção das redes, como demonstrado, é a outra conclusão, e define a primeira. Ou seja, todos produzem redes e não apenas aqueles que as prescreveram. Merhy (2012) qualifica estas redes de “redes-vivas” para caracterizar as que são construídas pelos próprios traba-

lhadores e usuários, na dinâmica dos serviços de saúde, observadas com as lentes da micropolítica.

Vale comentar, também, o grande aprendizado dos alunos, já que este caso foi estudado com alunos do 4º período do curso de medicina como foi aqui mencionado. Eles puderam verificar em ato e a quente na Unidade de Saúde, três aspectos essenciais para a formação médica, e que equivale a todas profissões de saúde. Primeiro, o quanto o usuário é ativo no processo de cuidar, reconhecendo que ele também tem um conhecimento e atua fortemente, interferindo nos projetos terapêuticos e, às vezes, disputando a terapêutica. E, portanto, ter sensibilidade para esta percepção é fundamental para uma boa relação e cuidado ao usuário. Segundo, o aspecto da subjetividade, o quanto isto é real e efetivamente opera na produção do cuidado, demonstrando que o saber é fundamental, mas não é a única dimensão do cuidado e dos atos assistenciais, reconhecer que a subjetividade tem o poder operatório sobre a realidade dá uma maior capacidade analítica e de trabalho aos profissionais. Terceiro, o quanto o trabalho em saúde deve ser um trabalho criativo, valorizando o trabalhador e sua capacidade de agir em ato para a produção do cuidado. Assim, os protocolos passam a ser uma referência, ajuda, mas não representam um imperativo de verdade a ser seguido. O protagonismo do trabalhador é fundamental, pois o trabalho em saúde se caracteriza como trabalho imaterial, criativo e deve seguir como prioridade para as tecnologias leves na produção do cuidado.

## Referências

CARVALHO, L. C. *A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar*. Rio de Janeiro. 2009. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2009.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Editora 34, 1995. v. 1. 715 p.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *O anti-édipo: capitalismo e esquizofrenia*. Lisboa: Assírio & Alvim, 2004. 432 p.

- DELEUZE, G. *Espinosa: Filosofia prática*. São Paulo: Escuta, 2002. 144 p.
- DELEUZE, G. *Foucault*. São Paulo: Editora Brasiliense, 2005.
- FRANCO, T. B. O Fluxograma descritor do processo de trabalho e projetos terapêuticos em apoio ao planejamento. In: MERHY, E. E. (Org.). *Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no Cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica dos Processos de Trabalho. In: PINHEIRO, R; MATOS, R. A. "*Gestão Em Redes*". Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.
- LAZZARATO, M.; NEGRI, A. *Trabalho imaterial: formas de vida e produção de subjetividade*. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.
- LOURAU, R. *A análise institucional*. Petrópolis: Vozes, 1975.
- MERHY, E. E. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. *Saude sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 267–279, abr./jun. 2012.



# Diálogos em busca de coordenação do cuidado: linha de chegada ou novo itinerário?

---

*Patty Fidelis de Almeida*  
*Adriano Maia dos Santos*

## Introdução

O último capítulo deste livro engendra-se no diálogo entre evidências empíricas e os distintos pesquisadores que aceitaram o desafio de imergir num debate que nos parece bastante caro e oportuno para o fortalecimento de nosso Sistema Único de Saúde (SUS) – a coordenação do cuidado. O debate, por sua vez, não parte de um consenso ou de uma ideia irrefutável, mas da convergência de argumentos teóricos e evidências que foram sendo cartografadas em distintos territórios por meio de diferentes lentes e confluíram na defesa da coordenação, atributo da Atenção Primária à Saúde (APS) abrangente, como um valor a ser perseguido nas diferentes dimensões necessárias

à gestão e produção do cuidado na perspectiva da integralidade da atenção à saúde.

Há certo consenso de que a coordenação do cuidado é um tema pendente tanto para os países europeus, que desde os anos de 1990 vêm implementando uma série de reformas pró-coordenação, quanto para países latino-americanos cujo recente movimento de valorização e defesa de sistemas organizados por uma APS abrangente cria contexto favorável ao desenvolvimento de iniciativas que fortaleçam a provisão de atenção integral em saúde. Mudanças no perfil epidemiológico com predomínio das doenças crônicas, reconhecida fragmentação na prestação do cuidado em saúde, busca de maior satisfação do usuário e pressões para desenvolvimento de medidas que produzam relações mais custo-efetivas ao interior dos sistemas de saúde, tornaram ainda mais premente a busca de estratégias que promovam melhor coordenação. Os países da América Latina também enfrentam o desafio das mudanças no perfil epidemiológico dos diversos grupos populacionais, com crescente prevalência de doenças crônicas, além de conviver com problemas decorrentes de situação social e econômica desfavorável, e conseqüente persistência de enfermidades infectocontagiosas, com maiores desafios para a garantia da atenção integral e da coordenação.

Os ritmos das reformas pró-coordenação são diferenciados entre os países a depender do modelo de proteção social. (CONILL; FAUSTO, 2007; GÉRVAS; RICO, 2005) Mesmo entre países europeus, com coberturas universais por meio de seguros sociais com pagamento por procedimentos a profissionais autônomos, observa-se que as medidas para melhorar a coordenação do cuidado têm sido mais lentas se comparadas a países com serviços nacionais de saúde cuja função de *gatekeeper* é exercida pela APS, como se observa no panorama apresentado por Giovanella e Stegmüller (Capítulo 1) em três países europeus. Em contexto latino-americano a preocupação com o tema ocorre em meio ao movimento pela Renovação da APS (OPAS, 2005) — “agora mais necessária que nunca” (WORLD HEAL-

TH ORGANIZATION, 2008) – no qual a coordenação é compreendida como dimensão essencial de uma APS abrangente, capaz de dar resposta integral aos problemas de saúde.

Desde 1994, e mais intensamente a partir de 1998, o Brasil vem passando por importante processo de reforma de sua APS. Desde final da década de 1990, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi assumida pelo governo brasileiro como proposta de reorganização do modelo de atenção em saúde com base na implementação de uma APS fortalecida em seus atributos de porta de entrada preferencial, longitudinalidade, integralidade, centralidade na família, enfoque comunitário e participação social. No início dos anos 2000, observa-se amplo movimento de expansão e capilarização da ESF, com ritmos diferenciados, por todas as regiões brasileiras por meio de incentivos do gestor federal. Nesse percurso, a atenção esteve voltada principalmente aos grandes centros urbanos, locais com maiores dificuldades para aumento de cobertura.

A partir de 2004, algumas iniciativas federais começam a sinalizar a importância de expansão da ESF com qualidade e maior capacidade resolutiva. Pesquisas de avaliação e monitoramento com foco nas dimensões essenciais da APS, propostas de autoavaliação da qualidade da ESF (BRASIL, 2005), a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008) e, mais recentemente, o Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) são alguns exemplos. O Pacto pela Saúde em sua dimensão “Pela Vida”, resultado de ampla discussão entre *policy-makers* e *stakeholders* do SUS, assume a ESF como prioritária para o fortalecimento da APS cujo alcance depende, em parte, da qualificação de seus trabalhadores e gestores, dos processos de monitoramento e avaliação permanente, e da organização da atenção em redes interdependentes e colaborativas entre os pequenos, médios e grandes municípios em territórios regionais. (BRASIL, 2006)

A concordância em torno da importância da coordenação do cuidado para os sistemas de saúde é seguida, por outro consenso – as



dificuldades teóricas para compreender e operacionalizar o conceito, conforme destacam Aleluia e colaboradores (Capítulo 4). A literatura reflete o dissenso até mesmo em relação a como nomeá-lo: “coordenação entre níveis assistenciais” ou “coordenação do cuidado”? Em meio a dissensos e incertezas assumimos o conceito de “coordenação do cuidado” compreendido como a articulação entre os diversos sujeitos, serviços e ações relacionados à atenção em saúde de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum. (HOFMARCHER; OXLEY; RUSTICELLI, 2007; NÚÑEZ; LORENZO; NAVERRETE, 2006)

Neste livro, a coordenação do cuidado foi estudada na interface entre ações nos níveis político-institucional, organizacional e das práticas, retradução das dimensões da gestão do cuidado. (CECÍLIO, 2009) Neste sentido, os componentes de um cuidado coordenado podem ser operacionalizados e analisados por meio de elementos como: existência de instrumentos e estratégias para integração entre níveis assistenciais; definição de padrões de financiamento e alocação de recursos entre os níveis que compõem o sistema de saúde; utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) e mudanças empreendidas no âmbito da APS, no sentido de fortalecê-la em seus atributos essenciais, tornando-a abrangente, resolutiva e sensível às necessidades dos usuários e de seus profissionais (GÉRVAS, RICO, 2005; HOFMARCHER; OXLEY; RUSTICELLI, 2007; CALNAN; HUTTEN; TILJAK, 2007) Os resultados da implementação deste conjunto de elementos seriam traduzidos na percepção de continuidade da atenção na perspectiva do usuário. (HAGGERTY et al., 2003; WATSON et al., 2004)

Por esse prisma, Franco (Capítulo 10) compreende que falar em redes que acolham as demandas da população nos serviços de saúde é pensar os trabalhadores e usuários em ação, na escuta, nos gestos e, sobretudo, na vontade, destacando que as redes começam onde “há desejo ou vontade em cuidar”. Na mesma direção, Assis (Capítulo 2) destaca que é preciso aliar as questões colocadas no âmbito

da agenda política com a produção do cuidado no cotidiano da APS, implicando responsabilidade e compromisso das equipes de saúde. Assim, as contribuições de Franco e Assis convergem ao ressaltarem que a produção do cuidado implica, necessariamente, aproximar-se do outro, valorizando as necessidades das pessoas que demandam a atenção por meio de encontros conectados por diálogo entre o cuidador e quem recebe o cuidado. Para tanto, sublinham que a produção do cuidado requer dispositivos como acesso, acolhimento, vínculo e resolubilidade, no sentido da busca contínua pela atenção integral e de qualidade.

Sem a incumbência de esgotar tais provocações, apostamos, ainda, que instrumentos que promovam acesso oportuno, de qualidade e resolutivo no SUS reclamam por mudanças estruturais, organizacionais e no processo de trabalho em saúde, capazes de tornar o “ato de cuidar” disparador de energia propulsora, desejante e criadora de subjetivações que mobilizem diferentes sujeitos na defesa da integridade no cotidiano das práticas. Nessa ótica, elegemos a coordenação do cuidado, atributo essencial da APS e, ao mesmo tempo, sua missão ao interior da rede de serviços de saúde, como catalisadora de processos de trabalho usuário-centrado, partindo da compreensão que coordenação implica, também, em responsabilização com projetos terapêuticos singulares e coletivos. Assim, buscamos valorizar a perspectiva da constelação de sujeitos que constroem o SUS cotidianamente — gestores/gerentes, trabalhadores da saúde, usuários dos serviços — sendo, os últimos, o centro das análises empreendidas, e sobre os quais incidem de forma mais contundente êxitos ou falhas na oferta de cuidados coordenados.

Revolvendo esse terreno, semeamos algumas questões: a) Partindo-se da premissa de que somente uma APS robusta pode assumir a coordenação do cuidado, quais as iniciativas empreendidas pelos municípios brasileiros para fortalecer a ESF?; b) Sendo a integração da rede um elemento necessário para alcançar melhor coordenação, quais as estratégias e instrumentos desenvolvidos pelos municípios

para integrar a ESF aos diferentes níveis do sistema? Na busca de distinguir esse livro de outras pesquisas com temática semelhante, estas indagações foram trazidas para o contexto das regiões de saúde, o que, para nós, representa a maior contribuição desta investigação. Portanto, compreender como as Equipes de Saúde da Família (EqSF) podem desempenhar a coordenação do cuidado em situação que exige a integração horizontal entre usuários, profissionais e prestadores do mesmo nível e a vertical entre serviços de saúde sob gestão de diversos municípios e/ou entes federados pareceu uma questão em aberto e que, por isso, buscamos contribuir na superação desta lacuna. Todavia, ao trazermos um foco de luz para estes questionamentos, buscamos, mais que chegar a uma estação final, abrir trilhas para novos itinerários.

Nossas contribuições teórico-metodológicas tiveram o intuito de responder e, simultaneamente, provocar novas inquietações. Para tanto, elegemos três regiões de saúde na Bahia, cenários de lutas e lutas na construção do SUS e, portanto, com potência para sinalizar caminhos e descaminhos da APS como coordenadora do cuidado.

Nos casos estudados, buscamos analisar atributos já amplamente reconhecidos como dimensões essenciais da APS e capazes de fortalecê-la em sua missão de coordenar os cuidados. Chamou-nos a atenção que a grande maioria das famílias cadastradas conhecia a EqSF de adscrição, o local de funcionamento da USF e se deslocavam a pé até o serviço, o que pode ser considerado uma importante diminuição de barreira geográfica de acesso, mesmo em municípios de pequeno/médio porte, mas com considerável dispersão populacional e zonas rurais. Os resultados encontrados foram mais favoráveis que os achados de outros estudos em grandes centros urbanos. (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011) Entretanto, permaneciam dificuldades de acesso para a população cadastrada, com intensa disputa pela função de serviço de primeiro contato com serviços de pronto-atendimento, ambulatorios e emergência de hospitais públicos. Nesse sentido, advogamos que o usuário deva ser acolhido em todos

os pontos de entrada da rede, sobretudo, quando a ESF tem baixa cobertura, excesso de população adscrita, dias e horários de funcionamento incompatíveis com a dinâmica e necessidade das pessoas. Contudo, compreendemos que a entrada via equipes de APS contribui para o fortalecimento da coordenação e longitudinalidade do cuidado e, por isso, deve ser preferencial e rotineira na organização das redes municipais e regionais.

Em confluência com outros estudos (ASSIS et al., 2010; CECÍLIO et al., 2012; SANTOS et al., 2012; VIEIRA-DA-SILVA et al., 2007), a função de porta de entrada esbarra na organização do processo de trabalho ainda conflitante na articulação entre o acompanhamento de pessoas com doenças crônicas/grupos prioritários (demanda organizada) e atendimento à demanda espontânea. Esta compreensão é dificultada pela crença, não incomum e, ainda, não superada, de que a ESF deveria realizar prioritariamente atividades de promoção e prevenção, secundarizando o lugar da clínica. (CAMPOS, 2003) Esta tensão reflete-se na avaliação dos profissionais quanto à organização interna para cumprir as funções de pronto-atendimento e as dificuldades das famílias para conseguir uma consulta sem marcação prévia, corroborando estudo sobre linhas de tensões no acolhimento aos usuários da ESF. (SANTOS et al., 2007) Nesse sentido, conforme analisa Aleluia e colaboradores (Capítulo 4), as concepções de coordenação, e conseqüentemente as investigações sobre o tema, debruçam-se sobre as condições crônicas, de forma que ficam pouco evidenciadas avaliações sobre a coordenação entre APS e serviços de emergência e hospitalares para garantia de atenção oportuna, também, para condições agudas e episódios de agudização decorrentes de complicações crônicas.

Outra evidência que fortalece o argumento de entrada preferencial via ESF é a presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS), conhecido pela grande maioria da população nos casos estudados. Trata-se de um trabalhador da saúde fundamental no processo de vigilância e que aporta elementos ao cuidado não presentes em outros

pontos do sistema de saúde, como corroborado por outras pesquisas realizadas. (RODRIGUES; SANTOS; ASSIS, 2010) Na nossa percepção, esta pode ser uma fortaleza a ser mais explorada na busca por cuidado personalizado, centralidade na comunidade e na coordenação do cuidado, minimizando, inclusive, os efeitos da dificuldade da presença de médicos em turnos contínuos nas USF, sendo o ACS, portanto, um sujeito essencial em territórios com populações dispersas e características rurais.

Giovanella e Stegmüller (Capítulo 1) destacaram que nos países europeus a APS é centrada no *general practitioner* (GP), o médico generalista, o que tem levado a alguns questionamentos quanto ao seu caráter abrangente, carecendo, em geral, de enfoque comunitário e intervenções intersetoriais, embora garantidora de outros atributos imprescindíveis. Na realidade das regiões de saúde estudadas, os resultados mostraram que o ACS procura informações sobre o usuário em episódios de internamento, além das visitas rotineiras e da busca ativa para diferentes necessidades, inclusive na entrega de guia de marcação de consultas em outros pontos da rede. Neste sentido, a presente investigação tenta superar algumas brechas de investigações anteriores sobre coordenação do cuidado, inclusive do conceito adotado no PMAQ-AB, conforme destacado por Aleluia e colaboradores (Capítulo 4), ao evidenciar a atuação do ACS como potencializadora de ações de coordenação do cuidado horizontal. Ainda que este profissional não execute ações clínicas, pode se conformar em importante promotor de maior integração ao interior da EqSF e, também, junto aos equipamentos sociais do território, sendo este um ponto a ser mais aprofundado em outras investigações.

Por esse prisma, entendemos que em territórios com baixo índice de desenvolvimento humano (IDH), com grande contingente de populações vulneráveis e/ou persistente dificuldade de fixação de médicos em todos os turnos da semana na USF, ou mesmo na presença destes, as ações do ACS devem ser intensificadas e qualificadas permanentemente, requerendo, ainda, ampliação do número de

agentes e redução da lista de pessoas sob sua responsabilidade. Neste aspecto, não significa retroagir a uma APS seletiva, ao contrário, significa assumir que, no Brasil, a ESF deve ser flexível às singularidades dos cenários concretos e alargar as potencialidades dos seus diferentes trabalhadores da saúde, buscando, sempre que possível, diminuir a dependência de ações individuais médicas e expandir o enfoque comunitário.

Para fortalecer a ESF é necessário processos de trabalho em saúde voltados às pessoas, o que implica na capacidade resolutiva da equipe de saúde, ou seja, requer expansão de suas funções e responsabilidades para gestão do cuidado no nível das práticas. (CECÍLIO, 2009) Por esse prisma, o atributo da longitudinalidade que pressupõe um vínculo entre os profissionais e os usuários, com estabelecimento de relação pessoal e continuidade do cuidado ao longo da vida, independentemente da ausência ou presença de doença, é dependente de uma fonte de busca regular e preferencial. (STARFIELD, 2002) Assim, fortalecer a equipe de APS, o que também nos diferenciaria de outros modelos médico-centrados, ainda representa grande nó-crítico. Os resultados mostraram que o atendimento nas EqSF é fortemente centrado no médico, embora gestores afirmem que o profissional de enfermagem tem sustentado a ESF. Talvez a percepção da gestão seja apoiada pelo fato do enfermeiro ser, quase sempre, o profissional encarregado da administração logística do serviço e da alimentação dos sistemas de informação, o que o aproxima dos gerentes municipais. Por outro lado, no que se refere ao “atendimento clínico” ainda está focado no médico, em contexto de consensual escassez deste profissional.

Com este panorama, entramos em uma seara complexa e dramática para garantia do cuidado nas regiões de saúde na Bahia. Bodenheimer (2008), ao analisar as barreiras à coordenação do cuidado em contexto norte-americano, guardadas as devidas e grandes diferenças, traz elementos importantes ao debate nacional ao tratar da “sobrecarga da APS”. Para o autor, é virtualmente impossível coordenação do cuidado sem uma forte base de APS. Contudo, enfatiza

que esta base pode estar “ruindo”, referindo-se ao contexto estadunidense, no qual médicos recém-formados raramente escolhem carreiras na APS, problema que nos remete a realidade brasileira, na qual temos mais residentes em cirurgia plástica, por exemplo, que em Medicina de Família e Comunidade. (SCHEFFER, 2013)

Essa crítica é endossada por Silva Junior e colaboradores (Capítulo 3) que chamam a atenção para a formação dos médicos que atuam na ESF em nosso país, em grande parte, provenientes de formações especializadas, “adaptados” às novas atribuições e que mesmo aqueles com formação em Medicina de Família e Comunidade ainda não desfrutam do mesmo prestígio que os demais especialistas. Aliás, a problemática da organização do trabalho médico e suas implicações na modelagem dos sistemas de saúde é histórica e universal (IMMERGUT, 1992), bem como, os desafios para o trabalho na APS é comum em países europeus com sistemas universais de saúde. (BISCAIA et al., 2008; FEO; CAMPO; CAMACHO, 2006) Na nossa percepção, o Brasil precisa, de fato, enfrentar os desafios da formação médica e da distribuição das formações nos territórios, porém, pode fazer movimentos mais contundentes e contra-hegemônicos ao ampliar e fortalecer as atribuições clínicas de profissionais como enfermeiros, expandir equipes de saúde bucal, equipes de apoio matricial, incorporação de terapias complementares para que o cuidado nos territórios seja menos centrado nas doenças e com menor dependência do ato médico.

Em relação às proposições acima, vale salientar que não são substitutivas do trabalho médico, muito pelo contrário, entendemos o processo de trabalho como médico essencial para a robustez da APS. A perspectiva que apontamos vislumbra realçar as características peculiares e as potencialidades da APS no Brasil, ou seja, alargar a clínica de outros profissionais permitirá maior amplitude de cuidado de toda a equipe, possibilitará que os usuários possam buscar e encontrar uma diversidade de serviços e, sobretudo, liberará o médico para ações que são inerentes e exclusivas à sua prática. Também entendemos e defendemos a participação e envolvimento de todos os

profissionais nas diversas ações (clínicas, promocionais e gerenciais) da USF, mas em cenários com restrição de médicos é possível admitir que suas ações sejam mais individuais e clínicas, desde que centradas no cuidado oportuno e no usuário. Na outra via, ações de cunho coletivo e promocionais podem ser abarcadas por uma gama de outros profissionais e, por sua vez, contribuir para a “desmedicalização social”. (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010), além da pluralização terapêutica no SUS.

Entendemos que estes são temas polêmicos e esbarram em questões corporativas e/ou ideológicas, porém são aberturas para o debate. Em certo sentido, não significa simplesmente povoar as USF de profissionais de diferentes formações, posto que devido ao núcleo biomédico comum às diferentes profissões da saúde, apesar de algumas evidências animadoras, as práticas desses profissionais podem, também, reproduzir intervenções procedimento-centradas, sem modificar, portanto, o eixo conservador da clínica. Todavia, os cenários têm revelado que os usuários têm uma gama de necessidades que poderiam ser abarcadas por equipes de APS ampliadas e outras tantas demandas que, por não serem atendidas em tempo oportuno ou ficarem restritas à prescrição medicamentosa, tornam-se agudizações de problemas crônicos que, por sua vez, são traduzidos em consultas recorrentes na APS e consumo de exames e procedimentos especializados, ou seja, tornam-se um ciclo vicioso de baixa resolubilidade e mais adoecimento.

Outro ponto abordado é que, com listas numerosas de usuários, realidade comum nos casos estudados, e aumento do número de tarefas a serem desenvolvidas nas EqSF, os profissionais médicos não conseguem prover atendimento de qualidade satisfatória e cuidados preventivos durante uma consulta. Segundo Bodenheimer (2008), as funções que o médico de APS deve desempenhar estão cada vez mais complexas do que as de 20 anos atrás, deixando em segundo plano, execução de atividades de coordenação, como, por exemplo, contato com profissionais da rede de referência para a discussão de casos e



elaboração de projetos terapêuticos compartilhados, para as quais, na maioria das vezes, não há remuneração adicional. Tal situação pode ser extrapolada, em nosso caso, para toda a equipe de APS, que além do escopo das ações preconizadas, esbarra em um sistema que funciona sem suporte das TIC e, ainda, não logrou integração entre seus sistemas de informação em saúde, aumentando a sobrecarga dos profissionais e dos gestores, inclusive com desinformação clínica, comprometendo o seguimento terapêutico dos usuários.

A insuficiência de médicos para toda a rede foi uma realidade comum para as três regiões estudadas e trata-se de problema recorrente em todo o estado. Tal questão, muitas vezes, foi enfrentada pelos gestores, de maneira paliativa, por meio de cooperativas, que perpetuavam a precarização dos vínculos trabalhistas. Por sua vez, a proposta governamental de uma Fundação Estatal Saúde da Família (SANTOS; PINTO, 2009), também, não logrou os resultados esperados para solucionar os problemas de gestão do trabalho na ESF na Bahia.

Conforme destaca Assis (Capítulo 2) o país não conseguiu resolver a vinculação do trabalhador ao SUS, seja por subfinanciamento, impedimento legal em relação à Lei de Responsabilidade Fiscal, ou até mesmo por disposição política, permanecendo como um “nó que precisa ser desatado”. Neste sentido, cabe avaliar as repercussões do “Programa Mais Médicos”, Lei 12.871 (BRASIL, 2013), em seus componentes de atração de profissionais para localidades de difícil permanência, de mudanças no processo de formação e abertura de cursos/aumento de vagas em medicina. O estado da Bahia se beneficiará com seis novos cursos e vagas em residência médica em áreas prioritárias para o SUS, acenando como uma perspectiva de perenidade, mas carecendo de um atrativo vinculador ao sistema público, para que os profissionais não sejam tragados pela lógica mercadológica presente, também, nas entranhas do SUS. (SANTOS; GIOVANELLA, 2014)

Nessa mesma direção, Giovanella e Stegmüller (Capítulo 1) advoam que o Brasil precisa urgentemente avançar na criação de carreiras profissionais no SUS, podendo se beneficiar da experiência

acumulada por outros países. Logo, o enfrentamento da precarização da força de trabalho em saúde e fortalecimento das equipes de APS, com reconhecimento social e financeiro de todos os membros, é um elemento fundamental para a coordenação do cuidado. Iniciativas para sensibilização e divulgação da ESF são necessárias tanto entre a população, quanto entre os profissionais pertencentes à rede como um todo e organizações da sociedade civil. Neste sentido, a conquista de apoio e legitimidade para a ESF, também, é um tema pendente.

Por sua vez, uma APS forte implica elenco abrangente de ações de saúde (ou *comprehensiveness*), amplo o bastante para atender às necessidades em saúde dos usuários e tornar a USF atrativa e de busca regular para casos rotineiros e episódicos. A baixa resolubilidade da APS é apontada como uma das barreiras à consolidação destes serviços como de primeiro contato e fonte regular de atenção. (HAGGERTY; YAVICH; BÁSCOLO, 2009) Embora com alguma diferença entre os municípios, profissionais das EqSF avaliaram positivamente a capacidade de resolução da ESF. As avaliações das famílias, também, foram favoráveis, apontando que, mesmo com todos os problemas estruturais e organizacionais, a APS representa potencial para cuidar da maior parte dos problemas de saúde, o que reforça a necessidade de investimentos e valorização social de todos os seus componentes.

Ao destacarmos a questão do catálogo de ações das EqSF, alguns pontos parecem tornar a USF um local de busca rotineira como o acesso a medicamentos, ou seja, prover a APS de recursos materiais e insumos essenciais é uma estratégia para fortalecer e torná-la lócus de procura regular, além de colaborar para resolubilidade. Este foi um dos contrastes com as USF dos territórios pesquisados, uma vez que, em muitas delas havia restrição de medicamentos e/ou ausência de insumos necessários para intervenção em pequenos procedimentos, induzindo, de certa forma, que o usuário buscasse assistência em outras unidades, de pronto-atendimento. Assim, entendemos como fundamental que as USF sejam dotadas de materiais e insumos que qualifiquem as ações dos profissionais e atendam adequadamente

as expectativas e necessidades das pessoas. Estas questões precisam ser fortemente defendidas e compreendidas pelos gestores, ou seja, a APS não pode ser simplificada nem seletiva, portanto não é barata e requer investimentos consideráveis. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008)

Por sua vez, a reestruturação e adequação física das USF, adesão ao PMAQ-AB, existência de apoio institucional da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia aos municípios, sobretudo, os mais frágeis, incorporação, ainda que incipiente, de programas como Academia da Saúde e Saúde na Escola, são exemplos que sinalizam probabilidades de avanços. O PMAQ-AB, tema abordado por Aleluia e colaboradores (Capítulo 4), consubstancia-se como fomento institucional para a melhoria da qualidade da APS, contudo, conforme destacado por gestores, a situação de precariedade de algumas unidades carece de investimentos *a priori* para alcance dos padrões estabelecidos.

Assim, entendemos como altamente desejável e necessário que os gestores assumam, de fato, a APS como centro da rede, como coordenadora de uma resposta integrada entre os diferentes pontos de atenção e façam esforços para mudança do modelo. O resgate e fortalecimento do protagonismo de apoiador das Diretorias Regional de Saúde (Dires), na nossa percepção e constatação, representaria um importante passo para consolidação de práticas de gestão e processos educativos nas regiões de saúde. Para tanto, as Dires precisam ser gerenciadas por técnicos com experiência e competência na gestão em saúde, em detrimento das indicações por apadrinhamento político, para respaldar suas ações e resgatar sua credibilidade. Além disso, indefinições acerca de seu lugar na rede, a falta de investimento em equipamentos de suporte e sucateamento de suas sedes, a diminuição e a não renovação no quadro de funcionários, bem como, a precarização do trabalho, comprometem a qualidade técnica de muitos profissionais alocados nas regionais de saúde, contribuindo para ofuscar seu papel estratégico na integração das distintas gestões municipais.

Buscando debater a segunda questão colocada, qual seja, “quais as estratégias e instrumentos desenvolvidos pelas regiões para integrar a ESF aos diferentes níveis do sistema?”, destacamos que uma resposta integral, não poderia ser alcançada ao interior somente da APS, ainda que fortalecida e abrangente, pois envolve todos os níveis de atenção e distintos entes federativos. Neste sentido, chama a atenção o fato do cuidado de média densidade tecnologia estar inserido, nos casos estudados, na lógica da compra de procedimentos, sem vinculação ao projeto de constituição de redes clamado para o SUS. Uma das falas dos gestores é bastante expressiva neste sentido: “O começo de tudo já fragmenta, já coloca este profissional assim. Parece que são dois sistemas, o PSF de um lado e os especialistas de outro”. (ALMEIDA, 2010, Capítulo 7).

Estudos demonstram a inadequação do modelo de financiamento que privilegia quantidade de procedimentos mais que a qualidade, a consulta em si, mais que o tempo requerido, por exemplo, para atividades de coordenação. (BODENHEIMER, 2008) Em experiências apresentadas no Capítulo 1, em países europeus com sistemas universais, o especialista está situado no ambulatório de hospitais, sendo empregado assalariado que presta atendimento aos usuários internados e referenciados pela APS.

Nesse sentido, nos cenários pesquisados, poderíamos nos perguntar: em regiões de saúde constituídas por pequenos municípios com baixa ou nenhuma capacidade de prestação de serviços especializados, qual modelo de incorporação de especialistas superaria ou minimizaria a fragmentação da rede? Em grandes centros, experiências avaliadas demonstram que a criação de serviços próprios especializados nos distritos de saúde, foi uma solução encontrada para sobrepujar a dependência privada e garantir ampla oferta de serviços. (ALMEIDA et al., 2010; DIAS, 2012) Todavia, essa evidência encontra limites nas regiões estudadas mediante históricos vazios assistenciais, dificuldade de atração/disponibilidade de algumas especialidades,

desinteresse de médicos em serem servidores públicos e alto poder de barganha de alguns especialistas.

Por outro ângulo, se uma das características que define a coordenação do cuidado é a articulação entre serviços e ações de forma a prestar atenção em saúde mais sincronizada e voltada ao alcance de um objetivo comum, sem dúvida este objetivo é maximizado pela implantação de mecanismos e estratégias de integração da rede e investimento em Tecnologias de Informação e Comunicação. Nas regiões investigadas, a conformação de redes por meio da contratação por procedimentos sofre também os constrangimentos imposto pela precária implementação das TIC.

Starfield (2002) define que a essência da coordenação é a disponibilidade de informações a respeito dos problemas de saúde enfrentados pelo usuário, os serviços acessados anteriormente e o reconhecimento destas informações na medida em que estiverem relacionadas ao novo atendimento. Nesse sentido, sem fluxo comunicacional interligado e sem contato interprofissional, os usuários passam a assumir a responsabilidade pelo fluxo de informações, devendo relatar os fatos clínicos a cada novo encontro com profissional especialista, ou pior, ser submetido a repetições de exames de diagnóstico e ter seu diagnóstico/tratamento atrasado podendo, ainda, piorar a sua condição de adoecimento.

Por sua vez, uma proposta tradicional de referência e contrarreferência é insuficiente para organização de redes de atenção à saúde com continuidade do cuidado e coordenação das EqSF, particularmente para usuários em condições crônicas que exigem acompanhamento ao longo do tempo por diferentes profissionais. (CAMPOS; DOMITTI, 2007; MAGALHÃES JÚNIOR, OLIVEIRA, 2006; MENDES, 2011;) No entanto, num cenário de incipiente disponibilidade de recursos tecnológicos de informação nos serviços de saúde, a proposta de referência e contrarreferência, mesmo conservadora e burocrática, poderia ser um suporte clínico. Porém, mesmo isto não encontra adesão no processo de trabalho nas regiões, ficando sempre marginal, ainda que permaneça pairando em documentos e na retórica gerencial.

Além disso, a utilização de protocolos requer uma rede integrada, com fluxos comunicacionais eficientes para que não sirvam apenas como meio de racionalização de procedimentos mediante cotas disponíveis. Alguns profissionais e gestores parecem compreender o protocolo como sinônimo de restrição de acesso, como na lógica das prestadoras privadas de seguro saúde. A perspectiva é que o protocolo clínico aumente a resolubilidade no modo de produção do cuidado e seja uma ferramenta de interação entre diferentes profissionais de distintos pontos da rede, por meio de interconsulta, telessaúde e/ou apoio matricial. (CAMPOS; DOMITTI, 2007; MENDES, 2011) Nas regiões, nos deparamos com atitudes médicas que demandam parâmetros para, também, respaldá-los, particularmente diante das pressões dos usuários e libertá-los da idealização mercadológica de que prevenção e boa clínica são sinônimos de solicitação de exames e *check up* periódicos.

Mas qual o alcance destes mecanismos frente à insuficiência na oferta de atenção especializada? Foi consenso que o fortalecimento da capacidade regulatória oportuniza utilização mais racional dos recursos, assim como, também foi consenso que a efetividade dos mecanismos de integração é limitada pela escassez de oferta de atenção especializada nas regiões.

Tais problemas excedem a capacidade gestora dos municípios isoladamente, requerendo a tomada de posição compartilhada. Nessa perspectiva, Silva Junior e colaboradores (Capítulo 3) abordam a regionalização como um importante vetor de reorganização dos territórios, pressupondo vários partícipes (governos, organizações e cidadãos) que por meio de suas relações, condicionam o processo político no espaço geográfico, podendo instituir processos decisórios mais democráticos. O desenvolvimento de estratégias e instrumentos para planejamento, integração, regulação e financiamento de uma rede regionalizada de saúde, pressupõe ainda, que gestores possam compartilhar recursos numa perspectiva de complementaridade e sinergia, observando as especificidades e necessidades de cada componente territorial. (KUSCHNIR; CHORNY, 2010; MENDES, 2010)

Uma vez que a maioria dos municípios brasileiros (cerca de 90%) tem menos de 50.000 habitantes e a rede de serviços de saúde resume-se à APS, a provisão de serviços especializados é submetida às regras pactuadas, via PPI, entre os gestores municipais e estaduais, com problemas na regulação dos fluxos regionais e submissão aos interesses de grupos privados organizados. Nos casos estudados, a coordenação, quando ocorre, limita-se ao território municipal das sedes regionais, ou seja, como a grande maioria dos municípios necessita de oferta de serviços de outros entes, a coordenação do cuidado por EqSF é inviabilizada, perdendo-se no fluxo apenas burocrático das centrais de marcação de consultas.

Nas reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR) em dois cenários, o aspecto destacado nas discussões sempre recaía nas cotas de vagas para consultas/exames/procedimentos especializados na rede. Não obstante seja um problema concreto e pertinente, além de fundamental para continuidade do cuidado, compreendemos que há problemas de natureza nodal que não estão sendo adequadamente enfrentados nos espaços de governança regional, dentre eles — a qualificação e expansão das ações da APS.

A CIR deveria aglutinar estratégias para que gestores pudessem firmar acordos conjuntos de compromisso sanitário para fortalecer a oferta pública de serviços (municípios como prestadores diretos e não apenas compradores/pagadores), superando os frágeis mecanismos de contratualização com o setor privado, uma vez que não há adequado acompanhamento de metas pactuadas com prestadores privados, restringindo-se à auditoria *post factum*. Em traços gerais, há uma relação de dependência recíproca entre os setores público e privado, contudo, a dominância pendeu para os privados contratados e conveniados do SUS que definem, outrossim, os preços de mercado dos procedimentos e serviços à revelia da Tabela Unificada do SUS.

Ainda assim, a Comissão Intergestores Regional apareceu como locus potente para debate e aliança de força entre os gestores. A governança regional por meio da CIR, ainda que incipiente e confli-

tante, mostra-se com potência pedagógica e fortalece a *res publica*, porquanto pode dirimir a incidência danosa de interesses político-partidários. Nessa perspectiva, algumas redes temáticas (urgência e emergência, por exemplo) ganharam espaço, foram discutidas, negociadas e implantadas nas regiões, por meio de consenso dos gestores na CIR (mesmo com divergências partidárias e interesses políticos conflitantes). Na nossa percepção, estas evidências são motivos fortes para continuarmos apostando nos colegiados regionais como lócus essencial nas regiões de saúde.

Por outro lado, o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) sinaliza a negociação e pactuação de responsabilidades sanitárias de cada esfera federativa, por meio de um instrumento jurídico entre os distintos entes que compõem as regiões de saúde, de forma a constituir uma cultura de responsabilidade solidária para constituição de redes, conquanto, esta não foi uma realidade presente nas regiões pesquisadas que permanecem “planejando” em cima do recurso disponível (via PPI) e não da necessidade sanitária. Assim, no que pese os instrumentos normativos previstos no processo de regionalização estejam avançados, há necessidade premente que os gestores assumam e cumpram tais compromissos. Contraditoriamente, a segurança jurídica do COAP e o poder sancionador para quem não cumpre as cláusulas têm sido pontos de receio dos gestores em aderirem ao contrato, alegando-se, ainda, que não há previsão de novos financiamentos, ou seja, significaria assumir responsabilidade alicerçada em problemas crônicos de subfinanciamento.

Apesar do contexto adverso relatado pelos gestores, percebemos um sombreamento acerca de algumas questões de governança e construção de rede pública solidária que poderiam minimizar os efeitos da dependência regional ao setor privado e, paralelamente, garantiria maior poder de negociação, além de estabelecer critérios mais transparentes para participação desse setor no fornecimento de serviços para o SUS. Em síntese, há necessidade de definição do papel e ação do ente público (municípios e estado) na condução das políti-



cas de saúde, fomentando uma maior participação e controle social, além do delineamento do modelo de atenção que se deseja priorizar para a região, isso tudo, norteado por ferramentas do planejamento, regulação assistencial e critérios que defendam o interesse público nas contratualizações.

De maneira simbólica, tomemos os fluxos que conformam a rede de serviços de saúde como uma imagem metafórica de um novelo, ou seja, um amontoado de fios enrolados que dão forma à rede, a partir de uma habilidosa “manipulação” das agulhas (ferramentas) e que, no final, tecem uma determinada trama. Em certas circunstâncias, os fios do novelo tomam direções inesperadas e ao se sobrepor, ao se aproximarem em sentidos opostos, ao se entrecruzarem, também, se aglutinam em nódulos. Os pequenos entrelaçamentos justapostos ganham tenacidade e, na busca de desfazê-los, muitas vezes, tornamo-los mais resistentes, menos permeáveis.

Assim, também, percebemos os fluxos nas redes de atenção à saúde, posto que, os diferentes pontos podem tornar-se mais difíceis de serem integrados e coordenados, porventura não se busque as ferramentas mais adequadas. Os nós precisam ser cuidadosamente desfeitos e, nesse aspecto, possibilitar a continuidade do bordado da rede. Mas qual o melhor modelo a seguir? Qual a forma que nos permite antever o desenho do tecido e garantir a justa medida para todas as necessidades?

Bem, parece que é exatamente o contrário a ser prometido aos usuários, para quem a rede será utilizada, visto que, nunca haverá um tecido “sob medida” para todos os gostos, tamanhos e necessidades. Na nossa percepção, a rede está embaraçada, posto que, são inúmeras as possibilidades e interesses percorrendo os mesmos espaços, muitos deles contraditórios e concorrentes. Por outro lado, entendemos que os mesmos nós que apertam, estão carregados de potência para novos arranjos e ao dirimi-los teremos de encontrar novas formas, criar novas tessituras.

Por esse ângulo, os desafios das redes de atenção à saúde, nos chamados “nós críticos” residem, paradoxalmente, a sua potência criativa. Há, sem dúvida, os “nós cegos” e para esses, também, podemos radicalizar, cortá-los da trama e constituir emendas, outros “nós”, mas agora com a função de unir, reconciliar a rede, recompor o enredo. Sem intenção de neutralidade, apostamos na APS como um potencial meio de organizar o bordado, como o núcleo de uma trama da qual irradiam os fios que dão continuidade e sustentam o tecido.

Enfim, os diálogos nos sinalizam os itinerários possíveis, entretanto, entendemos que no percurso para novas viagens há estações obrigatórias e que cremos serem seguras para os condutores e transeuntes. Nesse sentido, defendemos fortemente para as regiões de saúde:

- 1) APS como via de acesso principal, preferencial e rotineiro. Ou seja, ainda que entendamos que os profissionais devam ser acolhedores e que, portanto, todos os pontos devam receber oportunamente o usuário no momento da busca, tais casos devem ser a excepcionalidade e responder a uma rede em processo de consolidação da APS. Por esse prisma, compreendemos que uma rede com porta de entrada difusa entre os diferentes pontos em diferentes níveis representa a fragilidade das equipes de APS ou, ainda, a não valorização da mesma como lócus capaz de resolver problemas de saúde do cotidiano das pessoas. Em territórios cuja comunicação entre profissionais e serviços é precária, a dispersão de entradas inviabiliza os, já frágeis, processos de coordenação e continuidade do cuidado;
- 2) Resgate da valorização do ACS como sujeito estratégico para fortalecer a integração horizontal. Além disso, nos territórios dispersos e com dificuldade de atração e fixação de outros profissionais em dias e/ou turnos contínuos nas USF, o ACS continua sendo o elo que garante o vínculo do usuário com a EqSF, comunica a equipe sobre os fluxos formais e informais percorridos pelos usuários na busca pela resolução dos problemas, faz

vigilância e tem potencial para detectar vulnerabilidade sociais, informa aos usuários sobre o funcionamento da USF e da programação proposta pela equipe, ou seja, integra o território real à rede formal;

- 3) Fortalecimento, valorização e expansão das atribuições clínicas de enfermeiros, inclusive com aumento do número desse profissional nas EqSF, fundamentalmente nas equipes de áreas mais vulneráveis, ajustando-se ao perfil epidemiológico do território, de forma que possam compartilhar ações gerenciais, clínicas e promocionais mais alargadas no território e aumentar a resolubilidade;
- 4) Ampliação do cardápio de serviços e adensamento do arsenal tecnológico das USF, inclusive redefinindo o lócus de oferta de algumas ações da rede para que estejam mais próximos dos usuários. Nesse quesito, a inclusão obrigatória de equipes de saúde bucal para ampliação da abrangência de serviços, o apoio matricial de NASF (ou outros arranjos possíveis) e interconsulta com especialistas podem ampliar as possibilidades de trocas de saberes, favorecendo maior integração e qualificação dos profissionais, além de tirá-los do isolamento e incentivar o trabalho interdisciplinar. Tais medidas valorizam a USF e as tornam locais de busca de serviços variados;
- 5) Investigações que incorporem a perspectiva dos usuários, uma vez que é sobre eles que incide mais perversamente o drama da fragmentação da rede. Os usuários são a razão de existir dos serviços de saúde, ou seja, precisam ser a principal fonte de informação sobre a satisfação e condução dos serviços de saúde. Além disso, os planejamentos regionais devem ouvir os Conselhos Municipais de Saúde e serem guiados pelos Planos Municipais de Saúde, sem que haja pactuações na CIR desconectadas dos acordos formalizados nos territórios municipais;

- 6) CIR aperfeiçoada e fortalecida como locus essencial para governança em saúde. Porém, há necessidade de publicização desse espaço de articulação intergestores, pois não é de conhecimentos dos diferentes sujeitos que compõem a arena de negociação em saúde. Para nós, a região de saúde apresenta-se como o espaço mais adequado para planejamento, gestão e execução das políticas de saúde no SUS, mesmo porque, os entes municipais isoladamente não conseguem resolver integralmente os problemas de saúde da população, sobretudo, os pequenos e médios municípios que necessitam de complementaridade assistencial;
- 7) Ampliação da oferta pública de serviços de saúde em distintas densidades tecnológicas, rompendo com a dependência do prestador privado. Para tanto, a CIR necessita assumir as rédeas do planejamento regional e enfrentar o empresariamento e a mercantilização da saúde dentro do SUS. O ente estadual deve ser parceiro estratégico no processo de regionalização, especialmente na condução do COAP, apoio institucional e para dirimir as disputas por equipamentos de saúde e por profissionais de saúde (notadamente médicos);
- 8) Resgate e reposicionamento estratégico das Diretorias regionais ou órgãos equivalentes como apoiadores institucionais e gestores de referência nas regiões de saúde. Para nós, essas instâncias podem assumir o papel de harmonizar nas regiões de saúde as decisões construídas e pactuadas nas CIR, bem como poderiam previamente articular consensos nos territórios na perspectiva de integrar interesses divergentes das gestões municipais, especialmente, nos municípios com maior dificuldade técnica e gerencial. Para tanto, defendemos investimento das Secretarias Estaduais de Saúde em diretorias regionais para superar a fragmentação interna entre as várias áreas/programas e fortalecer as competências técnicas de seus funcionários para que contribuam com o processo de regionalização. Em relação à APS e a coor-

denação do cuidado num contexto intermunicipal, estes órgãos poderiam ser ordenadores do processo, por meio de apoiadores institucionais, contribuindo com a organização dos fluxos assistenciais. Nesse ínterim, poderiam promover encontros entre gerentes e equipes de APS dos distintos municípios e profissionais de outros pontos da rede regional para possibilitar a construção e incorporação de protocolos clínicos, matriciamento, entre outras ações de cunho compartilhado para fortalecimento da resiliência da APS e maior integração.

Enfim, é com esses desafios a serem enfrentados que buscamos desatar alguns nós da rede regionalizada dos serviços das regiões de saúde. Por fim, esperamos que as veredas deste livro tenham contribuído para inspirar distintos sujeitos sociais que delas possam ter trilhado e, assim, fecundar as tomadas de decisão e, conseqüentemente, colaborar com os rumos do SUS.

## Referências

- ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cadernos Saúde Pública*, v. 26, p. 286–98, 2010.
- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M.C.R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev. Panam. Salud Publica*, v. 29, n. 2, p. 84–95, 2011.
- ASSIS, M. M. A. et al. *Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários*. Salvador: Edufba, 2010.
- BISCAIA, A. R. et al. *Cuidados de saúde primários em Portugal: reformar para novos sucessos*. 2. ed. Fundação Astrazeneca: Lisboa, 2008.
- BODENHEIMER, M. D. Coordinating Care – a Perilous Journey through the Health Care System. *N Engl J Med*, v. 358, n. 10, 2008.
- BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Brasília; 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm)>. Acesso em: 7 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2013/prt2681\\_07\\_11\\_2013.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html)>. Acesso em: 7 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008” – Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União*, n. 43, 4 mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação para melhoria da qualidade da equipe de saúde da Família. Brasília, DF, 2005. (Serie B. Textos Básicos de Saúde).

CALNAN, M.; HUTTEN, J.; TILJAK, H. The challenge of coordination: the role of primary care professional in promoting integration across the interface. In: SALTMAN, R. S.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. (Ed.). *Primary care in the driver's seat? Organizational Reform in European primary care*. Berkshire: Open University Press, 2007. p. 85–104.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos Saúde Pública*, 23, p. 399–107, 2007.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CECÍLIO, L. C. O. et al. A atenção básica à saúde e a construção das rede temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciência Saúde Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 2893–2902, 2012.

CECÍLIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, p. 545–55, 2009. Suplemento 1.

CONILL, E.; FAUSTO, M. C. R. *Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social*. Rio de Janeiro: EuroSocial Salud; 2007.

DIAS, M.P. *Estratégias de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte*. 2012. (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

FEO, J. J. O.; CAMPO, J. M. F.; CAMACHO, J. G. La coordinación entre atención primaria y especializada: reforma del sistema del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? *Rev Adm Sanit.*, v. 4, p. 357–382, 2006.

GÉRVAS, J.; RICO, A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primaria. *SEMERGEN*, v. 31, n. 9, p. 418–423, 2005.

HAGGERTY, J. L. et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, n. 327, p. 1219–1221, 2003.

HAGGERTY, J. L.; YAVICH, N.; BÁSCOLO, E. P. Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. *Rev. Panam. Salud Publica*, v. 26, n. 5, p. 377–384, 2009.

HOFMARCHER, M. M.; OXLEY, H.; RUSTICELLI, E. *Improved Health System Performance Through Better Care Coordination*. Paris: OECD, 2007.

IMMERGUT E. *Health politics – Interest and institutions in Western Europe*. New York: Cambridge University Press, 1992.

KUSHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 15, p. 2307–2316, 2010.

MAGALHÃES, JUNIOR, H. M.; OLIVEIRA, R. C. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em Belo Horizonte. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R.A. (Org.). *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Educsc/Cepesc/lms-Uerj, 2006. p. 51–64.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 15, p. 2297–2305, 2010.

NÚÑEZ, R. T.; LORENZO, I. V.; NAVERRETE, M. L. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*, v. 20, n. 6, p. 485–495, 2006.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas*. Washington, DC: World Health Organization, 2005.

RODRIGUES, A. A. O.; SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M. A. Agente comunitário de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 15, n. 3, p. 907–915, 2010.

SANTOS, A. M. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cadernos Saúde Pública*, v. 23, n. 1, p. 75–85, 2007.

SANTOS, A. M. et al. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 17, p. 2687–2702, 2012.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Rev. Saúde Pública*, v. 48, n. 4, p. 622–631, 2014.

SANTOS L, PINTO H. A Saúde da Família de cara nova: a gestão interfederativa do SUS – Fundação Estatal Saúde da Família. In: SANTOS, L. (Org.). *Fundações Estatais: estudos e parecer*. Campinas: Saberes, 2009. p. 371–87.

SCHEFFER, M. *Demografia médica no Brasil: cenários e indicadores de distribuição*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina; 2013. v. 2.

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

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. In: TESSER, C. D. (Org.). *Medicalização social e atenção à saúde no SUS*. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 131–50.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. *Cadernos Saúde Pública*, v. 23, n. 2, p. 355–370, 2007.

WATSON, D. R. et al. *A results-based logic model for primary health care: laying an evidence-based foundation to guide performance measurement, monitoring and evaluation*. Vancouver: Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia, 2004. Disponível em: <<http://www.chspr.ubc.ca/files/publications/2004/chspr04-19.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Primary health Care: now more than ever: The World Health Report 2008*. Geneva: WHO, 2008.





## Autores

*Adriano Maia dos Santos* – Graduado em Odontologia, especialista em Saúde da Família e mestre em Saúde Coletiva (UEFS), doutor em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Professor do Instituto Multidisciplinar de Saúde, campus Anísio Teixeira em Vitória da Conquista, da Universidade Federal da Bahia. Pesquisador do Núcleo de Epidemiologia e Saúde Coletiva da UFBA (NESC). Coordenou o trabalho de campo em Vitória da Conquista.

*Aluisio Gomes da Silva Junior* – Graduado em Medicina (UFF), doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Professor Associado do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense. Atualmente ocupa a Direção do Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFF). Líder do Grupo de Estudos em Gerência e Ensino em Saúde – GEGES (ISC-PROPPi-UFF/CNPq) e pesquisador associado do Laboratório de Pesquisas e Práticas de Integralidade em Saúde – LAPPIS (IMS-UERJ/CNPq).

*Ariadina Heringer* – Graduada em Enfermagem e mestre em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem (FENF/UERJ). Possui experiência na área

de Enfermagem – docência (graduação e especialização) e assistência – com ênfase em Enfermagem de Saúde Pública/Saúde Coletiva.

*Davi Félix Martins Júnior* – Graduado em Geografia e mestre em Saúde Comunitária pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professor assistente da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em epidemiologia.

*Djanilson Barbosa dos Santos* – Graduado em Farmácia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Ceará (UFC), doutor em Saúde Coletiva – Epidemiologia pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Professor do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Coordenador do Núcleo de Investigação em Saúde Materno-Infantil (NISAMI).

*Erika Rodrigues de Almeida* – Graduada em Nutrição pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), especialista em Saúde da Família e Comunidade na modalidade Residência Multiprofissional, mestre em Ciências da Nutrição (UFPB) e doutoranda em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Atuou como docente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Pesquisadora do Grupo de Cooperação Técnica em Formação e Avaliação de Atenção Básica (GRAB – ISC/UFBA).

*Ítalo Ricardo Santos Aleluia* – Graduado em Fisioterapia, especialista em Saúde Pública pela Universidade Estácio de Sá, mestre em Saúde Coletiva e doutorando em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Docente assistente da Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC/SSA). Atuou como docente substituto da UFBA. Pesquisador do Grupo de Cooperação Técnica em Formação e Avaliação de Atenção Básica no ISC/UFBA.

*Klaus Stegmüller* – Cientista Político pela Philipps-University Marburg, PhD (Dr. rer. med.) pela Faculdade de Medicina da Universidade Johann Wolfgang Goethe- Frankfurt. Professor do Department of Nursing and Health Sciences da University of Applied Sciences, Hochschule Fulda – Alemanha.

*Ligia Giovanella* – Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), mestre e doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca na Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), pós-doutorado no Institut für Medizinische Soziologie da Universidade de Frankfurt. Pesquisadora titular da escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) e consultora do Instituto Sul-americano de Governo em Saúde da Unasul (ISAGS).

*Manuela Gobbi Lopes da Costa* – Graduada em Psicologia pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora (CES/JF), especialista em Assistência a Dependentes de Álcool e outras Drogas pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), especialista em Gestão da Clínica nas Redes de Atenção à Saúde (Hospital Sírio Libanês) e mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Pesquisadora do Grupo de Estudos em Gerência e Ensino em Saúde – GEGES (ISC-PROPPi-UFF/CNPq).

*Márcia Guimarães de Mello Alves* – Graduada em Medicina pela Universidade Federal Fluminense (UFF), residência em Medicina Preventiva e Social (HUAP/UFF), mestre e doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca na Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), pós-doutorado pelo Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS-UERJ). Professora adjunta do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (ISC/UFF). Pesquisadora do Grupo de Estudos em Gerência e Ensino em Saúde – GEGES (ISC-PROPPi-UFF/CNPq), do Projeto ELSA (ENSP-FIOCRUZ) e do Estudo Pró-Saúde (IMS-UERJ).

*Maria Guadalupe Medina* – Graduada em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), mestre em Saúde Comunitária e doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Docente da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e pesquisadora do ISC/UFBA. É membro da Rede de Pesquisa em Atenção Primária e do GT de Avaliação da ABRASCO.

**Mariluce Karla Bomfim de Souza** – Graduada em Enfermagem e especialista em Educação em Saúde Pública (UESC), mestre em Saúde Coletiva (UEFS) e em enfermagem (UFBA), doutora em Saúde Pública (ISC/UFBA). Professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Membro do Grupo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva da UFRB (GIPESC). Atuou como docente na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Participou do trabalho de campo em Feira de Santana.

**Marluce Maria Araújo Assis** – Graduada em Enfermagem na Universidade Federal da Bahia (UFBA), mestre e doutora em Enfermagem da Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Professora titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Atuou como Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação (2008-2015). Líder do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC/UEFS).

**Patty Fidelis de Almeida** – Graduada em Psicologia (UFJF), mestre e doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Professora do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense. Atuou como docente na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Coordenou a pesquisa financiada pelo Edital Universal do CNPq que deu origem a este livro.

**Ricardo Heber Pinto Lima** – Graduado em Medicina pela Universidade Federal Fluminense (UFF), residência em Medicina Preventiva e Social no Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP/UFF), especialista em Administração de Serviços de Saúde NO HUAP/UFF, mestre em Saúde Coletiva (UFF). Médico Sanitarista do Instituto de Hematologia (HEMORIO). Pesquisador do Grupo de Estudos em Gerência e Ensino em Saúde – GEGES (ISC-PROPPi-UFF/CNPq).

**Silvânia Sales de Oliveira** – Graduada em Enfermagem e mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Feira de Santana (UEFS), doutoranda em Saúde Pública no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Professora do curso de En-

fermagem do Departamento de Saúde da UEFS. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC/UEFS).

*Túlio Batista Franco* – Graduado em Psicologia e doutor em Saúde Coletiva Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), pós-doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de Bolonha – Itália (Unibo). Professor associado do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva e, atualmente, Pró-Reitor de Gestão de Pessoas da Universidade Federal Fluminense (UFF). Líder do Grupo de Pesquisa Laboratório de Estudos do Trabalho e Subjetividade em Saúde – LETRASS/CNPq-UFF.

*Valdomiro da Paixão Santos* – Graduado em Psicologia pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), especialista em Saúde Pública pela Faculdade Maria Milza (FAMAM). Psicólogo do Centro de Referência Especializado de Assistência Social, município de São Felipe-BA. Participou do projeto como bolsista de Iniciação Científica (PIBIC/FAPESB), sob orientação da professora Dr<sup>a</sup>. Patty Fidelis de Almeida.

#### COLOFÃO

Formato	17 x 24 cm
Tipografia	Leitura Sans/ Leitura News
Papel	Alcalino 75 g/m <sup>2</sup> (miolo) Cartão Supremo 300 g/m <sup>2</sup> (capa)
Impressão	Edufba
Capa e Acabamento	Cian Gráfica
Tiragem	500 exemplares

A “coordenação do cuidado” tem sido um tema recorrente em pesquisas nacionais e internacionais desde a década de 1990 e um desafio para os sistemas de saúde. Portanto, o que há de novidade em investigações que exploram tal atributo da Atenção Primária à Saúde? Este é o desafio que os organizadores e autores deste livro se propõem a enfrentar no conjunto desta obra. Para uma abordagem instigante, retomam diferentes vertentes conceituais e experiências de “coordenação do cuidado” em cenários internacional e nacional para, em seguida, analisá-la no contexto de “redes regionais de saúde”, sendo este o elemento mais inovador. O livro é escrito em linguagem acessível e está indicado para diferentes sujeitos, sejam do meio acadêmico ou do cotidiano das práticas em saúde. Os capítulos têm um substrato comum: defesa da coordenação do cuidado, atributo de uma Atenção Primária à Saúde abrangente, como um valor a ser perseguido para gestão e produção do cuidado na perspectiva da integralidade da atenção à saúde.

