

Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil)

Primary healthcare: a multidimensional study on challenges and potential in the São Paulo Metropolitan Region (SP, Brazil)

Luiza Sterman Heimann ¹
Lauro Cesar Ibanhes ¹
Roberta Cristina Boaretto ¹
Iracema Ester do Nascimento Castro ¹
Emilio Telesi Júnior ¹
Carlos Tato Cortizo ¹
Márcia Cristina Rodrigues Fausto ²
Vânia Barbosa do Nascimento ¹
Jorge Kayano ¹

Abstract *This paper presents some results of a case study in the Metropolitan Region of São Paulo (SP, Brazil) as part of a multicentric study conducted in Argentina, Brazil, Paraguay and Uruguay. The aim is to evaluate Primary Health Care (PHC) as a strategy to achieve integrated and universal healthcare systems. The methodological approach was based on five analytical dimensions: stewardship capability; financing; provision; comprehensiveness and intersectoral approach. The techniques included literature review, document analysis and interviews with key informants: policy makers; managers, experts, users and professionals. The results were organized in response to the challenges and possibilities of PHC as a structural system according to the five dimensions. The following emerged from the interviews: different interpretations on the concept and role of PHC and a consensus as the gateway to the system; weaknesses in funding; challenges in health workforce administration and the need for new legal-institutional design for regional management. The potential aspects were: broader coverage/universality, PHC as the basis for the organization of the system; connection with the territory and understanding specific population needs.*

Key words *Primary Health Care, Brazilian Health System, Metropolitan region*

Resumo *Este artigo apresenta resultados de estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo (SP) desenvolvido no âmbito de estudo multicêntrico na Argentina, no Brasil, no Paraguai e no Uruguai. O objetivo é analisar a Atenção Primária em Saúde (APS) como estratégia para alcançar sistemas integrais e universais. A abordagem metodológica se pautou em cinco dimensões de análise: condução política; financiamento; provisão; integralidade e intersetorialidade. As técnicas incluíram revisão bibliográfica, análise documental e entrevistas com informantes-chave: gestores, especialistas, usuários e profissionais. Os resultados foram organizados em função dos desafios e das possibilidades da APS como estruturante do sistema segundo as cinco dimensões. Das entrevistas emergiram: distintas interpretações do conceito e papel da APS e o consenso como porta de entrada do sistema; debilidades no financiamento; desafios na gestão do trabalho e a necessidade de novo desenho jurídico-institucional para a gestão regional. Como potencialidades: a extensão de cobertura/universalidade, base da organização do sistema, na vinculação com o território e na compreensão das especificidades da população.*

Palavras-chave *Atenção Primária em Saúde, SUS, Região metropolitana*

¹Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Rua Santo Antônio 590, 4º andar. 01314-000 São Paulo SP. nisis@isaude.sp.gov.br

²Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

Introdução: a atenção primária em saúde e o caso Brasil

Ao longo do tempo, a atenção primária em saúde (APS) se estabeleceu em torno da organização dos serviços, sendo-lhe amplamente atribuída a função de primeiro contato para o cuidado e proporcionar o acesso integrado a outros recursos no sistema de serviços de saúde¹⁻³.

A partir de um enfoque familiar e comunitário, os serviços de APS devem responder à maior parte das necessidades em saúde de uma população, devendo ainda conduzir ações de saúde articuladas a outras abordagens políticas mais ampla³⁻⁴.

A integração da APS com os serviços dos demais níveis de complexidade é uma característica essencial da APS abrangente, concepção aqui adotada. Além de sua integração no sistema de saúde, a articulação intersetorial é outro aspecto crucial para alcançar uma APS resolutive. Entende-se que a saúde é inseparável do desenvolvimento econômico-social, requerendo ação dirigida para os problemas da comunidade e articulação intersetorial para o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde.

Comparações internacionais mostram que uma APS bem estruturada, com serviços de primeiro nível integrados ao sistema e uma ampla oferta de ações de saúde, impacta positivamente nos indicadores de situação de saúde e produzem aumento da eficiência e qualidade com menor uso de medicamentos^{5,6}.

Análises comparativas apontam que a APS tem sido implementada com importantes variações no enfoque e oferta de serviços, dependendo do modelo de proteção social e das políticas de saúde predominantes em diversos contextos nacionais. Em países europeus com sistemas de saúde de caráter universal, observa-se que os serviços de APS são realizados por serviços clínicos ambulatoriais, em que o médico generalista exerce a função de *gatekeeper*, porta de entrada obrigatória e filtro para os serviços especializados. Na América Latina, muitos países enfrentam problemas para garantir cobertura universal em saúde, e a APS refere-se basicamente a programas focalizados e seletivos, com oferta restrita de serviços e voltados para populações mais pobres. Recentemente, países desta região vêm atravessando distintos processos de reforma político-administrativa no setor saúde, e a APS vem ganhando espaço na agenda, sendo necessária a formulação de novas estratégias para o seu fortalecimento^{2,7,8}.

No Brasil, ações governamentais voltadas para o fortalecimento da APS tiveram ênfase a partir da década de 1990 e com maior densidade a partir da expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), com vistas a alterar a organização da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Induzida pelo Ministério da Saúde, nas últimas três décadas a ESF expandiu-se em todo o país. A condução política de APS pelo gestor federal tem sido marcada principalmente: pela regulação, baseada na emissão de portarias; e pelo financiamento, com discreto aumento da participação da atenção básica no gasto federal⁹. Com relação às ações e aos serviços de saúde, o processo de descentralização no SUS enfatizou a atuação dos municípios na oferta de serviços de APS, o que favoreceu a pluralidade de formas e resultados de implantação da Estratégia Saúde da Família.

Estudos realizados desde a década de 1990 têm apontado importantes desafios para a consolidação de um modelo assistencial com bases na APS – nos moldes da Estratégia Saúde da Família –, dentre os quais se destaca a capacidade gestora dos municípios, vínculo dos profissionais, e ante a incipiente definição de redes regionalizadas de atenção à saúde, o desafio de ofertar cuidados contínuos e coordenados¹⁰⁻¹².

Embora se reconheça que a APS tenha adquirido institucionalidade nas políticas do SUS, questiona-se o grau de prioridade alcançado na agenda do governo, verificando-se ainda fragilidades expressivas na política de saúde¹³.

Saltman, Rico e Boerma² sugerem três dimensões analíticas indispensáveis para identificar em que medida as reformas organizativas reforçam ou não o protagonismo da APS no sistema de saúde: (1) promoção da capacidade da APS para coordenar o cuidado e favorecer a integração entre níveis de atenção à saúde; (2) reforço do papel da APS como provedor de serviços; e (3) mecanismos de apoio (recursos e instrumentos de controle) para conduzir uma APS resolutive.

Nessa perspectiva, algumas questões adquirem importância para análise dos desafios e possibilidades da APS como estratégia para a reorientação do modelo de atenção: (1) marco regulatório e condições de implementação da política para a APS; (2) aportes financeiros para o cumprimento do papel da APS no sistema de saúde; (3) perfil dos profissionais; e (4) política de formação coerente com as funções determinadas para a APS.

O propósito deste artigo é discutir as potencialidades da APS como estratégia para reorganização da atenção à saúde no SUS na experiên-

cia de cinco municípios da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP).

Aspectos metodológicos

Este artigo é parte dos resultados do “Estudo Multicêntrico em Atenção Primária em Saúde: modelos assistenciais, integração ao sistema e intersetorialidade em contextos urbanos – Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai”, coordenado pela Rede de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde no Cone Sul (RISSS) e financiada pelo International Development Research Centre (IDRC) do Canadá. No Brasil, foi realizada em 2008/9 pelo Núcleo de Serviços e Sistemas de Saúde (NISIS) do Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo¹⁴.

O artigo examina os desafios e as possibilidades de a APS constituir-se como estratégia para alcançar sistemas de saúde integrais e universais. A análise da APS se desenvolve com base na “matriz analítica com as cinco dimensões” adotadas no “Estudo multicêntrico”: (1) condução política – capacidade em formular, implementar e operar a política de Saúde no SUS; (2) financiamento – modalidades e formas de alocação; (3) provisão – análise da oferta dos serviços; (4) integralidade – ênfase na promoção e articulação das ações preventivas, curativas, de reabilitação e paliativas em todos os níveis de complexidade; e (5) intersetorialidade – articulação em ações e

políticas públicas relacionadas aos determinantes do processo saúde-doença.

As técnicas de pesquisa incluíram revisão bibliográfica, análise documental e entrevistas com informantes-chave: gestores, especialistas, representantes de usuários e de entidades profissionais.

A estratégia de investigação pautou-se na triangulação metodológica de diversas fontes de informação convergentes de forma a responder às perguntas da investigação¹⁵.

A pesquisa de campo buscou agregar ao estudo uma perspectiva sobre os centros urbanos em situação de metropolização, tendo em vista que neles se expressam maiores desigualdades sociais, alta concentração de serviços e graus diversificados de complexidade tecnológica para diagnóstico e terapia, além de alto número de prestadores privados e fortes interesses em disputa no setor saúde.

O estudo centrou-se na RMSP, e a seleção dos municípios foi intencional considerando a seguinte tipologia: (1) porte populacional; (2) cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF); (3) inter-relação no Colegiado de Gestão Regional (CGR); e (4) adesão ao “Pacto pela Saúde”, que estabelece as responsabilidades de Municípios, Estados e União quando da adesão ao “Termo de Compromisso de Gestão”¹⁶. A composição e os municípios escolhidos podem ser vistos na Tabela 1.

Para a realização das entrevistas foram selecionados informantes-chave de modo a abarcar

Tabela 1. Municípios selecionados na RMSP segundo o porte populacional, a cobertura de PSF, a inter-relação no CGR e a adesão ao Pacto pela Saúde.

Município	Descrição
São Paulo	População de 11.104.712 habitantes, cobertura de PSF de 29,90% e se constitui em um único CGR, São Paulo.
Dois municípios com mais de 250 mil habitantes:	
Diadema	População de 401.113, cobertura de PSF de 41,91% e faz parte do CGR da Região de Santo André.
Osasco	População de 724.368, cobertura de PSF de 5,2% e faz parte do CGR Rota dos Bandeirantes.
Dois municípios entre 100 mil e 250 mil habitantes:	
Ribeirão Pires	População de 121.032 habitantes, cobertura de 0% de PSF e faz parte do CGR da Região de Santo André.
Itapevi	População de 208.763 habitantes, cobertura de 27,17% de PSF e faz parte do CGR Rota dos Bandeirantes.

Fonte: elaboração própria.

o espectro dos atores/agentes envolvidos na formulação e na implantação da APS. Foram realizadas no total vinte e seis entrevistas, entre dezembro de 2008 e março de 2009, com representantes das entidades ou dos segmentos indicados na Tabela 2.

Para efetuar a análise, foram realizadas leituras do material de campo e dados complementares obtidos em relação à legislação e à bibliografia pertinentes, identificando diferentes modalidades da APS, desde a seletiva até a mais abrangente. A análise das informações das entrevistas foi realizada por dimensão e triangulada com dados documentais e literatura.

Resultados e discussão

A apresentação dos resultados está estruturada com base nas cinco dimensões de análise adotada no estudo, expondo pontos comuns das entrevistas dos diferentes atores, de modo a configurar tendências sobre os desafios e possibilidades da APS.

Dimensão condução política

Quanto à formulação e implantação da política de atenção básica, atualmente é o Pacto pela Saúde que estabelece as responsabilidades de cada

Tabela 2. Categoria e classificação dos atores entrevistados.

Nº	Classificação	Identificação	Total
1	Entidades profissionais	Odontologia	6
2		Medicina	
3		Psicologia	
4		Saúde Pública	
5		Trabalhadores da Saúde	
6		Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	
7	Especialistas	Sistemas de Saúde	5
8		Atenção Básica	
9		Recursos Humanos	
10		Região Metropolitana de São Paulo – Observatório	
11		Políticas de Saúde	
	Gestores		
12	Federal	Ministério da Saúde / Departamento de Atenção Básica	
13		Conasems *	
14	Estadual	Conass *	
15		Cosems-SP *	
16		Coordenação da Atenção Básica – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo	
17	Municipal	Coordenador da Atenção Básica – Ribeirão Pires	9
18		Coordenador da Atenção Básica – Diadema	
19		Unidade de Avaliação e Controle – Itapevi	
20		Coordenador da Atenção Básica – Osasco	
21	Sociedade Civil	Conselho Municipal de Saúde de Diadema	6
22		Conselho Municipal de Saúde de Osasco - usuário	
23		Conselho Municipal de Saúde de Osasco - trabalhadores	
24		Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Pires	
25		Conselho Municipal de Saúde de São Paulo	
26		Conselho Municipal de Saúde de Itapevi	
Total			26

Fonte: elaboração própria.

* Embora os conselhos não sejam de fato gestores, as entrevistas com esses atores foram analisadas nesta classificação, uma vez que são entidades que participam de processos decisórios como representantes dos gestores municipais e estaduais.

gestor quando da adesão de Municípios, Estados e União ao “Termo de Compromisso de Gestão”. No Pacto, a Atenção Básica é definida como *um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde*¹⁷. Pode usar tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade a fim de resolver problemas de saúde de maior frequência e relevância no território. Deve ser o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde e orientar-se pela universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação, considerando o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção socio-cultural¹⁷.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) expressa a posição de “revitalizar a Atenção Básica à Saúde no Brasil”. Enfatiza a Atenção Básica como *porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde e ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde*, destacando o modelo de atenção e a definição de prioridade: *consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Fa-*

mília como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), com equipes multiprofissionais responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, em áreas geográficas delimitadas¹⁷.

Na PNAB são especificadas as atribuições e responsabilidades na condução da atenção básica, conforme o Quadro 1.

Do conjunto de entrevistas emerge a concepção predominante de que a APS “é ou deve ser” a porta de entrada do sistema de saúde; que “possui e deve aprofundar as características da universalidade” usando tecnologias apropriadas para solucionar os problemas de saúde mais prevalentes; e que suas ações, além da assistência, devem ser de prevenção e promoção à saúde.

Outro ponto enfatizado é que a APS seja “resolutiva e integral”, expressando a “necessidade de superar falácias e armadilhas”, como a falsa oposição entre “promoção” *versus* “assistência”, ou entre “saúde da família” e “unidade de saúde tradicional”.

Em relação ao modelo de atenção na APS, emergiu grande variabilidade de entendimento, que vai desde a atenção centrada na perspectiva

Quadro 1. Atribuições e responsabilidades na atenção básica por esfera gestora.

Federal	Estadual	Municipal
Elaborar as diretrizes da política nacional de atenção básica.	Acompanhar a implantação e execução das ações de atenção básica em seu território.	Definir e implantar o modelo de atenção básica em seu território.
Cofinanciar o sistema de atenção básica.	Regular as relações intermunicipais.	Contratualizar o trabalho em atenção básica.
Ordenar a formação de recursos humanos.	Coordenar a execução das políticas de qualificação de recursos humanos em seu território.	Manter a rede de unidades básicas de saúde em funcionamento (gestão e gerência).
Propor mecanismos para programação, controle, regulação e avaliação da atenção básica.	Cofinanciar as ações de atenção básica.	Cofinanciar as ações de atenção básica.
Manter as bases de dados nacionais.	Auxiliar na execução das estratégias de avaliação da atenção básica em seu território.	Alimentar os sistemas de informação.
		Avaliar o desempenho das equipes de atenção básica sob sua supervisão.

Fonte: Elaborado a partir do documento “Política Nacional de Atenção Básica”, MS¹⁷.

médico-individual, curativa, até a proposição de modelos de atenção integral. Nestes últimos, a APS se constitui como “a base do sistema”, é e deve ser “articuladora de outros serviços públicos do território, estabelecer vínculos com a população local”, além de exercer papel coordenador de processos de integração de diferentes políticas sociais.

Como espaços de discussão, formulação e negociação da APS, a maioria dos entrevistados aponta: Comissão Intergestores Tripartite (CIT); Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e os CGR. Foram considerados também os fóruns participativos do SUS – Conferência Nacional de Saúde, Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde – como instâncias importantes na condução da política de APS.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (Cosems/SP) foram referidos de modo praticamente unânime como atores centrais na formulação, execução, acompanhamento e avaliação da política.

Foi destacada a importância dos Conselhos de Saúde e movimentos sociais, apesar da tendência de a participação ser dirigida a temáticas e proposições pontuais, como a luta por unidades de saúde, por especialidades, por profissionais, em detrimento do debate sobre as estratégias de atenção primária a saúde.

A interação dos atores envolvidos na tomada de decisão conforma diferentes padrões de ação política, isto é, modos de formular, incorporar e aderir às “regras do jogo” instituídas no marco legal e na pactuação, em oposição às “regras não escritas”. Um conceito que ajuda a compreender esta questão é o de “governança”, entendida como ferramenta analítica¹⁸.

As regras “não escritas” mais comumente citadas pelos entrevistados referem-se à discrepância entre uma linha de discurso que enfatiza a importância da APS em contraste com a prática no interior do sistema – desde a falta de recursos financeiros até a inadequação da força de trabalho e infraestrutura, dentre outros aspectos.

Como “regras não escritas” que “favorecem” a APS, são citadas: espaços de discussão não institucionais, bem como a criatividade dos profissionais de saúde em inovar processos e estratégias e redes informais. Outras, ressaltadas como “prejudiciais”, são: a descontinuidade político-administrativa e a alternância institucional – troca de gestores, imediatismo, tempo político; e a ação do

Poder Judiciário no tocante à demanda por tratamentos terapêuticos específicos dispendiosos.

Dimensão financiamento

A literatura sobre o Financiamento em Saúde – inclusive APS – trata da abrangência e composição de gastos de maneiras muito distintas, uma vez que as bases de dados e fontes sobre o assunto se consolidam a partir de periodização, séries históricas, recortes e formas de alocações diversas entre si. Deste modo, as definições conceituais e operacionais se apresentam pouco sensíveis quanto a suas possibilidades de comparação, categorização, regularidade e composição de modo consistente.

Os entrevistados são praticamente unânimes ao apontar que o SUS e a APS propiciaram forte aumento do acesso da população aos serviços. Isso foi indicado através do destaque de medidas como: (1) a implantação do Piso da Atenção Básica (PAB) para a ampliação dos investimentos neste nível de atenção; (2) a importância da Emenda Constitucional 29, relevante para o incremento de investimentos das três esferas de governo; (3) o forte papel indutor do gestor federal através de novos mecanismos de financiamento, o que garantiu forte expansão de cobertura da atenção básica, como as equipes de saúde da família e a incorporação de profissionais de saúde bucal⁹.

Os gestores e especialistas entrevistados convergem ao apontar o baixo patamar de financiamento público e do gasto em saúde no país. Associada à insuficiência de recursos, é lembrada a falta de capacidade técnico-gerencial, principalmente nos municípios menores. A própria falta de recursos financeiros é um fator que realimenta as deficiências na gestão da APS e impede sua melhora.

Para o ano de 2008, de um gasto total – público e privado – estimado de R\$ 215,7 bilhões em saúde, a parcela privada respondia por 52% (R\$ 112,4 bilhões), isto é, cerca de 21% do gasto privado no Brasil. Planos e seguros de saúde respondem por 51% e os medicamentos por 28%. A estimativa do gasto público total com saúde para o mesmo ano foi da ordem de R\$ 103 bilhões, o que representa 3,6% do PIB. O gasto por parte da União foi de R\$ 48,7 bilhões, o dos Estados foi de R\$ 26,8 e dos Municípios, R\$ 27,8 bilhões¹⁹.

As transferências da União para municípios, no bloco “Atenção Básica”, no ano anterior, 2007, foram da ordem de R\$ 7 bilhões. Já quanto às transferências da União para a ESF, incluindo

repasses para 30 mil equipes de Saúde da Família, com 230 mil agentes comunitários, além de 17.800 equipes de saúde bucal, foi apurado o montante de R\$ 4,2 bilhões para 2008²⁰. O gasto total dos municípios com saúde em 2007 foi de R\$ 46,7 bilhões, sendo que o gasto com recursos próprios foi de R\$ 27,3 bilhões (58,5%)²¹.

Ao organizar as informações sobre as transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os estados e municípios em seis grandes blocos, o Ministério da Saúde mantém a cisão operativo-conceitual ao incluir no bloco “Atenção Básica” apenas os PABs – Fixo e Variável. Com isso, associa APS basicamente à assistência direta à população, criando em separado o bloco da “Vigilância em Saúde” e o da “Assistência Farmacêutica”.

A análise dos documentos e as entrevistas realizadas nos municípios revelaram que a APS não dispõe de orçamento específico para suas ações de implementação e execução.

Vários especialistas e gestores apontaram as chamadas “novas formas de gestão”, como as “Organizações Sociais”, como um elemento que dificulta a análise dos orçamentos na saúde. Alguns deles sugerem que essas modalidades seriam modos de “agilizar a burocracia” e de “contornar os limites” impostos pela Lei Complementar n° 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), principalmente quanto à contratação de pessoal²².

Em municípios como São Paulo, isso se traduz em contratos de gestão e em mecanismos de repasses de recursos que acabam por separar a “gestão do sistema da gerência dos serviços”, demandando esforços redobrados para o acompanhamento dos gastos em saúde e na APS.

Dimensão provisão

A análise da provisão da APS no Brasil revela dificuldades decorrentes da passagem de uma estrutura assistencial centrada num modelo de atenção fragmentado e segmentado para a efetivação do SUS, universal e descentralizado. A segmentação pode ser observada pela composição dos usuários do SUS. De acordo com estudo do Conass, em 2003, 28,6% da população eram usuários exclusivos do sistema público, 61,5% eram usuários não exclusivos e apenas 8,7% eram não usuários. Esses dados indicam a existência de uma cesta de consumo tipo mix público/privado²³.

É nesse contexto que se insere a atenção primária, assumida como estratégia de atenção à saúde suportada basicamente pelo âmbito público, e dirigida principalmente para as popula-

ções mais pobres e nas localidades em que há dificuldade de acesso às ações e aos serviços de saúde, quer pela sua inexistência ou restrição pela baixa capacidade instalada.

Esse aspecto pode ser traduzido por dados do ano de 2009, quando a ESF estava presente em 5.251 municípios brasileiros, cerca de 95%. Ainda que tenha alcançado quase 50% de cobertura populacional, a implantação da ESF concentra-se principalmente nos municípios de pequeno porte populacional e nas regiões mais pobres, enquanto nas grandes cidades, onde na maioria dos casos já existem serviços e equipamentos instalados, ela acaba adquirindo menor expressão²⁴.

Em relação à força de trabalho, as entrevistas realizadas e a literatura consultada apontam para uma configuração heterogênea quanto a sua composição. Isto se refere tanto à distribuição geográfica dos profissionais de saúde, à gestão de pessoal, bem como às variadas formas de contratação, gerência e envolvimento do profissional nos serviços de atenção primária. Quanto aos salários pagos e à média de jornada de trabalho, também se encontram diferenças marcantes^{22,25}.

Nas entrevistas com os gestores, foi ressaltada a intensa procura por profissionais para suprir o mercado de trabalho, especialmente de médicos, acarretando uma alta concorrência e rotatividade desses profissionais. A ausência de fixação de pessoal gera, ainda, falta de vínculo com a população adscrita. Alguns dos especialistas apontam esses fatores como decorrentes da ausência de um plano de cargos, carreiras e salários para o SUS.

Os gestores relatam a necessidade de substituir o modelo de atenção e a resistência de profissionais e usuários a mudanças. Muitos citam a forte pressão dos usuários para a contratação de médicos, em detrimento de outras categorias profissionais. Referem também a dificuldade para o cumprimento de jornada por parte de médicos que trabalham tanto na ESF como nas UBS, apesar da remuneração salarial maior da primeira em relação à segunda.

Gestores e especialistas apontam a hegemonia do profissional médico tanto na organização do serviço como no imaginário da população, modelo baseado na assistência e a fragilidade da participação social. Além da questão financeira, ressaltam aspectos de gestão do trabalho, como falta de pessoal capacitado, descumprimento de horário por parte de profissionais, e falta de estímulo e formas de pagamento e remuneração diferenciados, baseados em indicadores e metas.

As representações do Conass, do Conasems e do Cosems/SP destacam a importância da formação continuada dos profissionais de saúde visando à efetivação do modelo de atenção integral em saúde. Salientam a necessidade de se articularem as várias iniciativas de formação de trabalhadores voltadas para a APS com centros formadores e as universidades, especialmente em relação aos médicos²⁶.

Dimensão integralidade

A integralidade é um dos princípios do SUS presente desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, até o Pacto pela Saúde. A constante preocupação em viabilizar este princípio é contrastado, como se observou na pesquisa, com as muitas dificuldades em colocá-lo em prática.

A partir da literatura, vemos que aumentou consideravelmente a cobertura da ESF, mas um de seus maiores desafios se verifica no paradoxo da integralidade, uma vez que seu incremento faz com que aumente a demanda por outros serviços de saúde, trazendo à tona a dificuldade de estabelecer articulação com os demais níveis de atenção²⁷.

Com base nas entrevistas, observam-se diversos entendimentos sobre o termo “integralidade” no campo da saúde, o que já foi apontado²⁸. Um deles é a integralidade “entre” sistemas público e privado; outro diz respeito à integralidade “no interior” de um sistema, visando superar a fragmentação “entre os níveis de atendimento” (ambulatorial, hospitalar, apoio diagnóstico e terapêutico) ou “entre as práticas de saúde” (promoção, prevenção, cura e reabilitação).

De acordo com a maioria dos entrevistados, para operacionalizar a integralidade há necessidade de avançar na interdisciplinaridade, no planejamento de ações, no trabalho em equipe e em redes (cardiologia, neurologia, traumatologia, dentre outras), no acesso e articulação vertical e horizontal dos serviços e pactuação no estabelecimento da referência e contrarreferência.

Além da ESF, as ações voltadas a grupos específicos – por faixa de idade, ciclo de vida, controle de agravos como hipertensão e diabetes, tuberculose ou hanseníase – foram apontadas como instrumentos e mecanismos utilizados no SUS para operacionalizar a integralidade, bem como os princípios da Política Nacional da Humanização.

Quanto à gestão, os gestores entrevistados ressaltaram a importância da Programação Pactuada e Integrada e dos CGR para a integração da APS com os demais níveis de atenção.

Os problemas e dificuldades apontados pela maioria dos entrevistados para a integração dos serviços de saúde são estruturais e relacionados à inexistência de cadastro único e informatizados de usuários do SUS, à consolidação da regionalização, às dificuldades no referenciamento hospitalar para casos de maior complexidade. No âmbito da gestão, foram destacados: a permanência da lógica quantitativa da produção, com rigidez nos processos de trabalho; a dificuldade na fixação das equipes; a baixa capacidade de inovação gerencial do gestor municipal; o engessamento dos recursos; a grande dependência dos serviços secundários.

Dimensão intersetorialidade

O conceito de intersetorialidade incorpora a articulação entre distintos saberes, disciplinas e setores de atuação social, como a infraestrutura urbana, educação, vias públicas, transporte, meio ambiente e segurança, entre outros^{29,30}.

A intersetorialidade aparece como diretriz da Política Nacional de Atenção Básica, inscrita no contexto das políticas de redemocratização que o país vem vivenciando desde a Constituição Federal de 1988¹⁷. Porém, o mesmo documento aponta que, apesar do processo de descentralização em curso, há necessidade de que *essa concepção inovadora deva ser estruturada e aperfeiçoada por mecanismos e instrumentos de coordenação e cooperação, fundamentais às ações intergovernamentais, que permanecem dependentes de iniciativas setoriais*, o que é reforçado pela literatura³¹.

A totalidade das entrevistas confirma que, ademais da máxima importância do trabalho intersetorial conforme definição em normas e leis, na prática carece de maior grau de institucionalização, clareza, definição de responsabilidades e regularidade.

Além do combate a questões inerentes ao setor – doenças transmissíveis e contagiosas –, foi citado de modo consensual como exemplo da necessidade de enfrentamento intersetorial o problema da violência, inclusive contra mulheres, crianças e adolescentes. Foram citadas áreas de interface com direitos humanos, assistência social, esportes, educação e cultura. Incrementar mecanismos da interrelação entre poderes constituídos e sociedade civil também aparece como questão comum entre os entrevistados.

Estudos indicam que a maioria das ações intersetoriais é reforçada principalmente pelas iniciativas municipais, bem como a APS como espaço privilegiado para desencadear estas ações^{8,31}.

Ao mesmo tempo que nos discursos dos entrevistados emerge a noção de que os serviços básicos de saúde permitem forte vínculo com o território e a articulação com outros setores, ou seja, APS como protagonista deste processo, em contraponto aparece a dificuldade em se desenvolver políticas integradas e mesmo repensar o sentido das relações entre a APS e demais setores, instituições e atores envolvidos nas políticas públicas e sociais.

Considerações finais

Considerando que as dimensões analíticas – condução política, financiamento, provisão, integralidade e intersetorialidade – são aspectos inerentes a um mesmo fenômeno, ou seja, a APS como estratégia estruturante para se alcançar sistemas universais e integrais, apresenta-se uma síntese em razão das possibilidades e dos desafios identificados.

Os pontos fortes da APS convergem para a extensão de acesso e cobertura, a possibilidade de organização dos demais níveis de atenção e a integralidade. Além disso, destaca-se sua importância quanto à prevenção e promoção da saúde; ao trabalho no território; ao respeito às necessidades locais e vínculo comunitário e à integração dos profissionais em rede.

No entanto, em que pesem as várias iniciativas, mecanismos e investimentos de toda ordem, inclusive a ESF e a atuação dos ACS nos municípios – cujos indicadores de processo e resultado apontam melhorias nos serviços e ações de saúde, maior resolubilidade e impacto na redução da morbimortalidade –, as dificuldades persistem e a APS não se constitui, todavia, como estratégia estruturante reorientadora do sistema de saúde.

Embora os documentos oficiais e o marco legal expressem uma APS abrangente, na prática geralmente se restringe à porta de entrada do sistema. A APS abrangente deve levar em conta a organização do sistema a partir das necessidades de saúde da população, da definição das responsabilidades dos gestores e seu papel regulador de modo efetivo.

Quanto às dimensões analíticas, os instrumentos legais, instâncias e fóruns, tanto para a formulação como para a condução política, encontram-se devidamente definidos em normas e protocolos. Mas a ocupação desses espaços implica dificuldades gigantescas na operacionalização e no cotidiano, tendo em vista, inclusive, o

caráter federativo e a autonomia administrativa de cada ente. Assim, as “regras do jogo” mudam constantemente, enquanto outras são formuladas, a despeito de prévia pactuação.

Os mecanismos de indução – por meio de financiamento, alocação de recursos em programas e ações específicas e através de transferências intergovernamentais – têm um peso decisivo no planejamento, na programação pactuada e integrada e na contratação de serviços por parte dos municípios. Estes acabam por arcar cada vez mais com gastos na APS, realimentando sua dependência junto aos governos estaduais e federal.

Como exemplo seja da discrepância dos gastos, seja das formas de contabilizá-los, na leitura do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde, do Ministério da Saúde, encontramos diferenças significativas entre os cinco municípios estudados. Em um deles, a subfunção “atenção básica” chega a 93% do gasto total, enquanto em outro representa apenas cerca de 6% do gasto total com saúde. Porém, o dado pode estar subdimensionado pelo fato de o item “outras subfunções”, neste último município, chegar a 60%, segundo a mesma fonte³².

Os dados sobre gastos revelam tanto imprecisão conceitual sobre o que se considera APS como também modos distintos de registrar as informações ou compor o orçamento local. Esse aspecto é detectável nas informações das vigilâncias epidemiológica e sanitária, bem como nas subfunções alimentação e nutrição e ainda no suporte profilático e terapêutico, que incluem os gastos com medicamentos e vacinas. Os indicadores gerais e os sistemas de informação que possibilitam o monitoramento, o acompanhamento e a avaliação do SUS reproduzem igualmente a falta de uniformidade no trato das questões da APS – composição, funções e ações, dentre outros.

Quanto à provisão, é reconhecida a importância da ESF, que aumentou em muito a cobertura e a busca da universalidade. Mas esbarra na necessidade de aumentar a qualificação tanto das ações desenvolvidas como da gestão, da força de trabalho e da organização de processos.

É consenso o reconhecimento da ampliação da oferta e da cobertura das ações básicas de saúde através da ESF. No entanto, vários desafios centrais persistem para a APS se constituir em estratégia organizadora do sistema, como a qualificação da atenção e da gestão; o aumento da capacidade dos municípios, reduzindo a indução pelas esferas federal e estadual; o desenvolvimento do sistema de referência e contrarreferência; a formação da força de trabalho para APS e

a integração não apenas à rede de serviços de atenção básica estruturada no modelo “convencional”, mas com os demais níveis de atenção, como no caso do município de São Paulo.

Os desafios para o alcance de uma APS abrangente implicam desenvolver efetivas redes regionalizadas de atenção à saúde, com espaços institucionalizados que garantam não só a pactuação, mas também a coordenação participativa e responsável dos três entes federativos. Nesse sentido, a regionalização como proposta para viabilizar a universalidade, a integralidade e a equidade em saúde demanda, inclusive, novo arcabouço jurídico-administrativo, capaz de desenhar e implantar políticas públicas interligadas entre municípios não subordinadas a critérios eminentemente burocráticos.

Referências

1. Donaldson M, Yordy K, Lohr K, Vanselow N. *Primary care: America's health in a new era*. Washington, DC: National Academy Press; 1996.
2. Saltman R, Rico A, Boerma W. *Primary Care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Care Systems*. Berkshire: Open University Press; 2006.
3. Starfield B. *Atenção primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
4. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Relatório anual: cuidados de saúde primários – agora mais que nunca*. Brasília: WHO Press; 2008.
5. Delnoij D, Van Merode G, Paulus A, Groenewegen P. Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure? *J Health Serv Res Policy* 2000; 5(1):22-26.
6. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res* 2003; 38(3):831-865.
7. Conill EM, Fausto MCR. *Análisis de la problemática de la integración APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social*. Rio de Janeiro: Intercâmbio EuroSocial Salud; 2007.
8. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, Delgado MM, Andrade CLT, Cunha MS, Martins MIC, Teixeira CP. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):783-794.
9. Castro ALB, Machado CV. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cad Saude Publica* 2010; 26(4):693-705.
10. Melo EM, Paiva L, Alvares J, Flecha ALD. A organização da Atenção Básica em municípios integrantes do projeto de expansão e consolidação do saúde da família em Mato Grosso, Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(Supl.1):S29-S41.
11. Rocha PM, Uchoa AC, Rocha NSPD, Souza ECF, Rocha ML, Pinheiro TXA. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cad Saude Publica* 2008; 24(Supl.1):S69-S78.
12. Viana ALA, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Bousquat A. Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(Supl.1):S79-S90.
13. Borges CF, Baptista TWF. A política de atenção básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. *Rev Trabalho, Educação e Saúde* 2010; 8(1):27-53.
14. Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur (RISSS). *Estudo multicêntrico em atenção primária em saúde: modelos assistenciais, integração ao sistema e intersectorialidade em contextos urbanos – Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai* [relatório final]; 2009. (mimeo). Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/parcerias/redsaud/>
15. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman; 2005.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. (Série Pactos pela Saúde, 4). [acessado 2009 set. 20]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencao_basica.php#desafios

Colaboradores

LS Heimann, LC Ibanhes, RC Boaretto, IEN Castro, E Telesi Júnior, CT Cortizo, MCR Fausto, VB Nascimento e J Kayano participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Agradecimientos

A la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur por el apoyo y al International Development Research Centre (IDRC) por la financiación de la investigación.

18. Hufty M, Bascolo E, Bazzani R. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cad Saude Publica* 2006; 22(Supl.):S35-S45.
19. Carvalho G. *Financiamento público e solidário do direito à vida-saúde*. [apresentação na Internet]. 2009 [acessado 2010 mar 12]. [cerca de 69 p.]. Disponível em: <http://www.saude.pb.gov.br/site/COSEMS/APRESENTACARVALHO.ppt>
20. Brasil. Ministério da Saúde. *Sala de situação* [dados na Internet]. 2010 [acessado 2009 out 14]. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Fundo Nacional de Saúde: relatório de gestão 2007 do Fundo Nacional de Saúde*. [relatório na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. [acessado 2009 nov 23]. [cerca de 78 p.]. Disponível em: <http://www.fns.saude.gov.br/Documentos/RelGestao/RelatoriodeGestao2007FNS.pdf>
22. Nogueira RP. Problemas de gestão e regulação do trabalho no SUS. *Rev. Serviço Social e Sociedade* 2006; 87:147-162.
23. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). *A saúde na opinião dos brasileiros*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2003.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). *Atenção básica e a Saúde da Família*. [dados na Internet]. [acessado 2010 out 02]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>
25. Medeiros KR, Tavares RAW, Silva, GCB, Pessoa RM. *Relatório de pesquisa Lei de Responsabilidade Fiscal e formas de contratação dos trabalhadores nos municípios*. Recife: CPqAM Fiocruz; 2007. [texto na Internet]. [acessado 2010 mar 3]. Disponível em: http://www.cpqam.fiocruz.br/observarh/publicacoes/arquivos/pesquisa_lei_de_resp_fiscal.pdf
26. Mendonça MHM, Martins MIC, Giovanela L, Escorel S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2355-2365.
27. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad Saude Publica* 2006; 22(6):1171-1181.
28. Pinheiro R, Mattos R. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS, Uerj, Abrasco; 2005.
29. Erdmann AL, Schlindwein BH, Sousa FGM. A produção do conhecimento: diálogo entre os diferentes saberes. *Rev Bras Enferm* 2006; 59(4):560-564.
30. Wimmer GF; Figueiredo GO. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. *Cien Saude Colet* 2006; 11(1): 145-154.
31. Mendes R, Bógus CM, Akerman, M. Agendas urbanas intersetoriais em quatro cidades de São Paulo. *Saúde Soc* 2004; 13(1):47-55.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). *Gastos com saúde segundo subfunções*. [dados na Internet]. [acessado 2009 nov 7]. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/despsaude.php?escacmp=1>

Artigo apresentado em 28/07/2010

Aprovado em 18/10/2010

Versão final apresentada em 08/12/2010