

Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil

Family health: limits and possibilities for an integral primary care approach to health care in Brazil

Ligia Giovanella¹
 Maria Helena Magalhães de Mendonça¹
 Patty Fidelis de Almeida¹
 Sarah Escorel¹
 Mônica de Castro Maia Senna²
 Márcia Cristina Rodrigues Fausto³
 Mônica Mendonça Delgado⁴
 Carla Lourenço Tavares de Andrade¹
 Marcela Silva da Cunha¹
 Maria Inês Carsalade Martins¹
 Carina Pacheco Teixeira⁵

Abstract *The article analyzes the implementation of the Family Health Strategy (FH) and discusses its potential to guide the organization of the Unified Health System in Brazil, based on the integration of FH to the health care network and intersectorial action, crucial aspects of a comprehensive primary health care. Four case studies were carried out in cities with high FH coverage (Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória), using as sources: semi-structured interviews with managers and surveys with health care professionals and registered families. The integration analysis highlighted the position of FH Strategy in the health services network, the integration mechanisms and the availability of information for continuity of care. Intersectoriality was researched in relation to the fields of action, scope, sectors involved, presence of forums, and team initiatives. The results point to advances in the integration of FH to the health care network, strengthening basic services as services that are regularly sought and used as a preferential first contact services, although there are still problems in the access to specialized care. The intersectorial initiatives were broader when defined as integrated municipal government policy for the construction of interfaces and cooperation between the diverse sectors.*

Key words *Primary health care, Integration, Intersectoriality*

Resumo *O artigo analisa a implementação da Estratégia Saúde da Família (SF) e discute suas potencialidades em orientar a organização do SUS no Brasil, a partir da análise da integração da SF à rede assistencial e atuação intersectorial, aspectos cruciais de uma atenção primária abrangente. Foram realizados quatro estudos de caso de municípios com elevada cobertura por SF (Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória) tendo como fontes: entrevistas semi-estruturadas com gestores e inquéritos com profissionais de saúde e de famílias cadastradas. A análise da integração destacou a posição da Estratégia SF na rede assistencial, os mecanismos de integração e a disponibilidade de informações para continuidade da atenção. A intersectorialidade foi pesquisada quanto aos campos de atuação, abrangência, setores envolvidos, presença de colegiados, e iniciativas das equipes. Os resultados apontam avanços na integração da SF à rede assistencial, propiciando o fortalecimento dos serviços básicos como serviços de procura regular e porta de entrada preferencial, todavia permanecem dificuldades de acesso à atenção especializada. As iniciativas intersectoriais foram mais abrangentes quando definidas como política integrada do governo municipal para a construção de interfaces e cooperação entre os diversos setores.*

Palavras-chave *Atenção primária à saúde, Integração, Intersectorialidade*

¹ Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Av. Brasil 4036/1001, Manguinhos. 21045-210 Rio de Janeiro RJ. giovanel@ensp.fiocruz.br

² Centro de Estudos Sociais Aplicados, Universidade Federal Fluminense.

³ Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

⁴ Secretaria Municipal de Saúde de Mesquita, Rio de Janeiro.

⁵ Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

A atenção primária à saúde (APS) como estratégia para orientar a organização do sistema de saúde e responder as necessidades da população exige o entendimento da saúde como direito social e o enfrentamento dos determinantes sociais para promovê-la. A boa organização dos serviços de APS contribui à melhora da atenção com impactos positivos na saúde da população e à eficiência do sistema^{1,2}.

Na América Latina, nos anos oitenta, a abordagem seletiva de atenção primária foi preconizada por agências multilaterais, tornando-se hegemônica a implementação de uma cesta mínima de serviços, em geral de baixa qualidade³. Recentemente, países da região vêm desenvolvendo políticas para fortalecer a APS como estratégia para organizar os serviços e promover a equidade em saúde renovando uma abordagem abrangente de APS⁴.

No Brasil, nos anos noventa, a concepção de APS também foi renovada. Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde baseada na universalidade, equidade e integralidade e nas diretrizes organizacionais de descentralização e participação social, para diferenciar-se da concepção seletiva de APS, passou-se a usar o termo atenção básica em saúde, definida como ações individuais e coletivas situadas no primeiro nível, voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação.

O Saúde da Família, inicialmente voltado à extensão de cobertura, com foco em áreas de maior risco social e implantado a partir de 1994 como um programa paralelo “limitado, bom para os pobres e pobre como eles”⁵, aos poucos adquiriu centralidade na agenda do governo, convertendo-se em estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde e modelo de APS.

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica, acordada entre gestores federais e representantes das esferas estaduais e municipais na Comissão Intergestores Tripartite, ampliou o escopo da atenção básica e reafirmou a SF como estratégia prioritária e modelo substitutivo para organização da atenção básica. Ponto de contato preferencial e porta de entrada de uma rede de serviços resolutivos de acesso universal, a atenção básica deve coordenar os cuidados na rede de serviços e efetivar a integralidade nas diversas dimensões⁶.

Hoje, a SF está presente em 94% dos municípios (29 mil equipes e cobertura populacional de 48% - o que corresponde a 92 milhões de pessoas). Todavia, as experiências em curso revelam grande diversidade dos modelos assistenciais *vis-à-vis* as imensas disparidades inter e intra regionais e desigualdades da sociedade brasileira. Assim, nem sem-

pre a ampliação de cobertura correspondeu à mudança do modelo assistencial preconizada pela Estratégia^{7,8}.

O artigo apresenta parte dos resultados de pesquisa que objetivou analisar a implementação da SF com foco na integração à rede assistencial e à atuação intersetorial em quatro capitais, para discutir as potencialidades da SF como estratégia de atenção primária em saúde abrangente.

Implementar uma concepção abrangente ou integral de APS implica a construção de sistemas de saúde orientados pela APS, articulados em rede, centrados no usuário e que respondam a todas as necessidades de saúde da população. A integração ao sistema é condição para se contrapor a uma concepção seletiva da APS como programa paralelo com cesta restrita de serviços de baixa qualidade, dirigido a pobres⁴. E a atuação intersetorial é condição para que a APS não se restrinja ao primeiro nível, mas seja base a toda a atenção, contemplando aspectos biológicos, psicológicos e sociais, incidindo sobre problemas coletivos nos diversos níveis de determinação dos processos saúde-enfermidade, promovendo a saúde.

Problemas relacionados à integração do sistema e coordenação dos cuidados vêm recebendo atenção nas reformas dos sistemas de saúde, com iniciativas para fortalecer a APS⁹. As propostas de fortalecimento da posição da atenção primária no sistema decorrem do reconhecimento da fragmentação na oferta dos serviços de saúde e da prevalência de doenças crônicas, que exigem maior contato com os serviços de saúde e outros equipamentos sociais em um contexto de pressão por maior eficiência^{10,11}.

A integração da rede de serviços na perspectiva da APS envolve a existência de um serviço de procura regular, a constituição dos serviços de APS como porta de entrada preferencial, a garantia de acesso aos diversos níveis de atenção por meio de estratégias que associem as ações e serviços necessários para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas¹² com mecanismos formalizados de referência e a coordenação das ações pela equipe de APS, garantindo o cuidado contínuo¹³. Integração, coordenação e continuidade são processos inter-relacionados e interdependentes que se expressam em vários âmbitos: sistema, atuação profissional e experiência do paciente ao ser cuidado.

Por sua vez, a atuação intersetorial é condição para uma APS abrangente, pois a APS envolve a compreensão da saúde como inseparável do desenvolvimento econômico e social, significando a necessidade de enfrentamento dos determinantes sociais dos processos saúde-enfermidade, o que

exige articulação com outros setores de políticas públicas¹⁴.

A ação intersetorial busca superar a fragmentação das políticas públicas e é entendida como a interação entre diversos setores no planejamento, execução e monitoramento de intervenções para enfrentar problemas complexos e necessidades de grupos populacionais¹⁵. Em saúde, a articulação intersetorial é imprescindível para incidir sobre os determinantes sociais do processo saúde-enfermidade e promover a saúde. Os resultados de saúde alcançados por meio da intersectorialidade são mais efetivos do que o setor saúde alcançaria por si só^{16,17}. Na perspectiva da APS no âmbito municipal, a atuação intersetorial se processa na ação comunitária no território, articulação na SMS e articulação de políticas municipais.

A atuação intersetorial é prevista na SF. Esta atribuição é reafirmada na PNAB de 2006, que orienta ao “desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para promoção da saúde”⁶.

Metodologia

Os estudos de caso correspondem a uma estratégia de pesquisa alicerçada em metodologias quantitativa e qualitativa e diversas fontes de informação convergentes, trianguladas para responder às perguntas da investigação^{18,19}.

Os municípios foram selecionados intencionalmente de modo a escolher experiências consolda-

das. Os critérios de seleção e as características das cidades selecionadas estão na Tabela 1.

A integração e a intersectorialidade foram analisadas nos âmbitos da gestão do sistema de saúde, do processo de trabalho dos profissionais e do cuidado recebido pelas famílias. Foram levantadas informações dos gerentes municipais com realização de entrevistas (77); profissionais das equipes SF com questionários auto-aplicados (1.336) e famílias cadastradas com aplicação de questionários estruturados nos domicílios (3.312 famílias) (Tabela 2).

Para a seleção de famílias cadastradas, foi desenvolvido plano de amostragem do tipo conglomerado em três estágios de seleção: equipe SF como unidade primária de amostragem, agente comunitário de saúde (ACS) como unidade secundária e, como unidade elementar, a família cadastrada. A pesquisa de campo foi realizada entre maio e setembro de 2008.

Este artigo articula a análise de indicadores selecionados, cotejando resultados dos estudos com gestores, profissionais e famílias, nos dois eixos de análise: integração da rede assistencial e atuação intersectorial.

Para análise da integração, foram investigadas diferentes dimensões. Na organização do sistema de saúde, buscou-se identificar e examinar a implementação de instrumentos de integração como centrais de regulação, monitoramento de filas de espera e estratégias de atendimento à demanda espontânea. Nos processos de trabalho, foi examinado o uso dos instrumentos de integração e per-

Tabela 1. Critérios de seleção e características dos municípios caso estudados, 2007.

Critérios/Características	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória
Ano de implantação do PSF – Tempo de implantação mínimo de 5 anos	1998	2002	1998	1998
Cobertura populacional do PSF > de 50%	86,7%	69,6%	71,3%	60,1%
Número de ESF implantadas*	127 (128)	484 (504)	84 (84)	56 (62)
Número de UBS	50	145	48	30
Grau de institucionalização da estratégia ²⁰	Consolidada	Consolidada	Transição avançada	Transição avançada
Presença de práticas inovadoras preliminarmente identificadas**	Acolhimento	Acolhimento Integração da rede	USF campo de prática para graduação	Intersetorialidade Adesão AMQ
População municipal 2007	505.286	2.399.920	406.564	317.085
Região do país	Nordeste	Sudeste	Sul	Sudeste
Habilitação em gestão plena do sistema municipal	Sim	Sim	Não	Não

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz. Pesquisa Saúde da Família, quatro estudos de caso, 2008.

* Entre parênteses, maior número de ESF registradas no SIAB até fevereiro de 2008. Outros dados, dezembro de 2007.

** A partir de entrevistas com gestores federais.

Tabela 2. Questionários com profissionais e famílias por município.

Questionários	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória	Total
Médicos	56	72	61	35	224
Enfermeiros	66	75	70	50	261
Aux/Técnicos de enfermagem	60	89	72	43	264
ACS	150	170	140	127	587
Total de profissionais	332	406	343	255	1,336
Famílias	800	900	789	822	3,312
Total de respondentes	1.132	1.306	1.132	1.077	4.647

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz. Pesquisa Saúde da Família, quatro estudos de caso, 2008.

cepção dos profissionais sobre porta de entrada e garantia de acesso à atenção especializada. Na experiência de recebimento de cuidado, foi verificada a existência de serviço de procura regular e a constituição da USF como serviço de primeiro contato.

Na análise da intersetorialidade, foram identificadas estratégias de articulação intersetorial desenvolvidas e o papel desempenhado pela Estratégia SF. A atuação intersetorial do Executivo municipal foi apreendida desde a perspectiva da Secretaria Municipal de Saúde e de gestores de outras secretarias identificadas como tendo maior articulação com a SMS. As dimensões de análise priorizadas foram: campos de atuação; abrangência da intervenção; setores envolvidos nos níveis local (ESF) e central (SMS e outras secretarias); existência e funcionamento de fóruns colegiados; e temas/problemas de intervenção intersetorial.

Resultados

Integração da Estratégia SF à rede assistencial

Os resultados foram organizados em dois campos: a posição da Estratégia na rede e os mecanismos de integração, destacando o uso de tecnologias de informação.

Posição da Estratégia SF na rede assistencial

Nos municípios estudados, a Estratégia SF foi adotada com a perspectiva de mudança do modelo assistencial na atenção básica, com a constituição da ESF como porta de entrada preferencial, visando à constituição de um sistema integrado de serviços de saúde (Tabela 3).

Os municípios implementaram as ESF nas unidades básicas tradicionais e construíram novas

unidades para a implantação da SF em áreas sem oferta. Observa-se esforço para superar a duplicidade de modelos assistenciais na atenção básica, na tentativa de transformar os centros de saúde em unidades modelares de SF. Em parte das unidades, os especialistas da atenção básica funcionam como profissionais de suporte para as equipes SF do centro de saúde. Para os gestores, esta medida permitiu definir uma lógica comum de organização da atenção básica, evitando a dissonância entre diferentes propostas assistenciais (Tabela 3).

A regionalização do sistema municipal é também uma estratégia para garantia de acesso à média complexidade e integração da rede das quatro cidades, investindo-se na formação de centros de especialidades médicas e serviços de pronto-atendimento regionalizado para fornecer suporte na média complexidade às unidades de atenção básica circunscritas aos territórios de abrangência (Tabela 3).

Os serviços de atenção primária têm se configurado como importante fonte de cuidado regular e porta de entrada preferencial nos municípios estudados. Mais de 70% (em Belo Horizonte, 85%) das famílias cadastradas buscam o mesmo serviço de saúde para assistência ou prevenção de saúde. Dentre estes, indicaram como serviço de primeiro contato e procura regular o centro de saúde e/ou a unidade de SF: 75% (Belo Horizonte), 70% (Vitória), 70% (Aracaju) e 50% (Florianópolis) (Tabela 3).

Menores proporções de moradores que estiveram doentes nos últimos trinta dias informaram ter buscado atendimento nas unidades de SF ou centro de saúde, alcançando mais de 50% dos casos apenas em Belo Horizonte, município no qual a preocupação em articular o atendimento das demandas espontânea e programada envolve diversas estratégias e o atendimento à demanda espontânea é realizado diariamente. A menor proporção foi em Florianópolis (28%), onde parte das USF atende grupos não prioritários somente uma vez por semana.

Os profissionais das equipes SF também reconhecem os serviços de atenção básica como a porta de entrada preferencial. Mais de 80% dos médicos e enfermeiros nas quatro cidades concordaram com a afirmativa “A população procura primeiro a Unidade de SF quando necessita de atendimento de saúde” (Tabela 3).

Mecanismos de integração da rede

Nos municípios, a integração da rede assisten-

cial para garantia da atenção especializada é preocupação presente nas ações e discursos dos gestores. Uma das principais estratégias identificadas para integrar a atenção básica à média complexidade nos quatro casos foi a implantação de centrais informatizadas de regulação (Tabela 4).

Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória optaram pelo SISREG, sistema de informação *on-line* disponibilizado pelo DATASUS/MS, para gerenciar e operar centrais de regulação, desde a rede de atenção básica à especializada e hospitalar, visan-

Tabela 3. Posição da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial, segundo gestores profissionais e usuários, quatro grandes centros urbanos, 2008.

Indicadores	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória
Gestores				
Porta de entrada preferencial proposta	ESF	ESF	ESF	ESF
Implementação das ESF nos Centros de Saúde preexistentes	ESF nos centros de saúde	ESF nos centros de saúde	ESF nos centros de saúde	ESF nos centros de saúde
Profissionais médicos de especialidades básicas como apoio às ESF	Sim	Sim	Sim	Sim
Estratégias de atendimento à demanda espontânea	Acolhimento e atendimento diário	Acolhimento e atendimento diário	Acolhimento e atendimento semanal	Acolhimento e atendimento diário
Regionalização do sistema municipal de saúde	Oito regionais de saúde	Nove regionais de saúde	Cinco regionais de saúde	Seis regiões de saúde
Regionalização de serviços de pronto-atendimento	Parcial	Sim	Parcial	Não
Regionalização de policlínicas/ centros de especialidades	Parcial	Sim	Sim	Sim
Famílias				
Percentual de famílias cadastradas que procuram o mesmo serviço de saúde para assistência ou prevenção de saúde ¹	76,4	85,0	73,8	75,6
Percentual de famílias que indicam o Centro de Saúde ou Unidade de Saúde da Família como serviço de procura regular ¹				
Centro de Saúde (CS)	32,9	41,0	30,6	31,8
Unidade de Saúde da Família (USF)	36,7	33,6	19,7	37,4
Total CS + USF	69,6	74,6	50,3	69,2
Percentual de moradores que estiveram doentes nos últimos 30 dias atendidos no Centro de Saúde ou Unidade de Saúde da Família ²	41,1	52,4	28,1	47,8
Profissionais				
Percentual de médicos e enfermeiros que concordaram muito/concordaram com a afirmativa “ <i>A população procura primeiro a Unidade de Saúde da Família quando necessita de atendimento de saúde</i> ”	92,6	89,1	87,8	83,5

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz. Pesquisa Saúde da Família, quatro estudos de caso, 2008.

¹ Famílias com serviço de procura regular: n= 611 em Aracaju, n = 763 em Belo Horizonte, n= 588 em Florianópolis, n = 623 em Vitória. Em Aracaju, Belo Horizonte e Florianópolis, a elevada proporção de usuários que indicou o Centro de Saúde como serviço de procura regular decorre do desconhecimento da denominação SF para o CS de seu bairro, dado que a implantação de equipes SF foi realizada na grande maioria das unidades preexistentes denominadas de centro de saúde.

² Moradores doentes que procuraram serviços de saúde nos últimos trinta dias: n=214 em Aracaju, n= 248 em Belo Horizonte, n=203 em Florianópolis, n= 188 em Vitória.

do maior controle dos fluxos e otimização no uso dos recursos. Aracaju implantou o Terminal de Atendimento ao SUS, vinculado ao cartão SUS.

A implantação do SISREG possibilitou a marcação imediata de exames e consultas especializadas, para procedimentos com oferta suficiente, a definição de prioridades clínicas e o monitoramento das filas de espera. Quando o paciente é remetido à fila eletrônica, a partir da classificação de riscos em alto, médio ou baixo em função do diagnóstico, é definida a prioridade para atendimento. O sistema possibilita à equipe SF acompanhar o percurso do usuário. Ainda como resultados da implantação do SISREG, foram mencionados pelos gestores locais: diminuição do número de faltosos às consultas especializadas, diminuição das filas e tempo de espera, possibilidade de redistribuir cotas entre centros de saúde, contratação de oferta em função da demanda, análise dos encaminhamentos e maior imparcialidade no controle das agendas.

Belo Horizonte se destaca nas iniciativas de articulação da rede. Além do sistema de regulação informatizado, a SMS incentiva a criação de comissões de regulação nos centros de saúde, com fluxo de estabelecimento de critérios de priorização ascendente partindo do centro de saúde.

As estratégias de integração da rede e regulação do acesso à atenção especializada informadas pelos gestores são confirmadas pelos profissionais. A maioria dos médicos e enfermeiros das equipes SF nos quatro municípios reconhece a existência das centrais de marcação de consultas especializadas (Tabela 4).

A efetividade das ferramentas de integração é condicionada pela oferta. Os gestores das quatro cidades relatam insuficiência de oferta da rede municipal para atender à demanda por atenção especializada, produzindo filas de espera.

A facilidade de agendamento e agilidade no atendimento na percepção dos profissionais foram tidos como indicadores de garantia de acesso à atenção especializada. A facilidade para realizar agendamentos para serviços de média complexidade é diferenciada entre os casos estudados. 43% (Aracaju) e 49% (Florianópolis) dos médicos conseguiam realizar sempre ou na maioria das vezes o agendamento; em Belo Horizonte, a proporção foi de 81% (Tabela 3). Os melhores resultados em Belo Horizonte podem ser atribuídos a uma melhor organização do sistema e disponibilidade de oferta. Nos quatro casos, a maior dificuldade está no acesso a procedimentos de apoio à diagnose e terapia. Metade ou

Tabela 4. Indicadores de integração da Estratégia Saúde da Família à rede assistencial, quatro grandes centros urbanos, 2008.

Indicadores	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória
Ferramenta de regulação das consultas especializadas	TAS – Terminal de Atendimento ao SUS	SISREG	SISREG	SISREG
Monitoramento de filas de espera	Parcial	Local e central	Local e central	Local e central
Percentual de médicos e enfermeiros que relataram existência de uma central de marcação de consultas especializadas	90,2	99,3	89,3	92,9
Percentual de médicos que afirmaram conseguir realizar sempre/na maioria das vezes o agendamento para outros serviços				
Ambulatórios de média complexidade	42,9	80,6	47,6	71,5
Serviço de apoio diagnóstico e terapia	37,5	55,5	42,7	42,9
Maternidade	57,2	86,1	75,4	74,3
Internação	28,5	33,3	24,6	25,7
Percentual de médicos que estimaram ser de 3 meses e mais o tempo médio de espera do paciente referenciado para consultas especializadas				
% de médicos e enfermeiros que indicam entre os principais problemas para a integração: listas de espera que impedem o acesso adequado ao cuidado especializado e hospitalar	81,1	91,8	91,6	89,4
Implantação de prontuários eletrônicos nas USF/USB	Não	Sim	Sim	Não

menos dos médicos informou conseguir realizar o agendamento desses procedimentos (Tabela 4).

A garantia do agendamento nem sempre incorre em maior agilidade de atendimento. O tempo médio de espera para consultas especializadas de três meses ou mais foi estimado por 82% dos médicos (Florianópolis), 61% (Belo Horizonte), 45% (Aracaju) e 34% (Vitória). Por outro lado, o agendamento para a maternidade foi relatado por mais de 70% dos médicos em três cidades, o que indica melhora do acesso para atenção ao parto. Garantir outras internações ainda não está sob a governabilidade dos profissionais SF. Menos de um terço dos médicos das ESF informaram conseguir agendá-las (Tabela 4).

Na avaliação de mais de 80% dos médicos e enfermeiros das equipes SF dos quatro municípios, as longas listas de espera são o principal problema para a integração da rede (Tabela 4).

A disponibilidade e transferência de informações são fundamentais à regulação e continuidade da atenção, o que é reconhecido pelos gestores que vêm informatizando as unidades e implantando prontuários eletrônicos, presentes em Florianópolis e Belo Horizonte (Tabela 4). Belo Horizonte tem se destacado na informatização das informações e na implantação de estratégias de TICs para suporte às equipes.

Nos quatro municípios, a oferta própria de exames e consultas especializadas está sendo inserida nos sistemas informatizados de regulação e marcação; contudo, um desafio à integração da rede e garantia de acesso à atenção especializada é a presença de diferentes prestadores de serviços de saúde. As capitais estudadas dispõem de serviços especializados estaduais que não foram descentralizados e atendem a todo o estado.

Os obstáculos à integração são maiores em Vitória e Florianópolis, que há pouco assumiram a responsabilidade pela gestão da atenção especializada. Em Vitória, os gestores admitem limites reais à integração da APS na rede assistencial devido à baixa governabilidade do município sobre parte dos serviços especializados, sob gestão estadual. A Programação Pactuada e Integrada mostra-se insuficiente para reduzir a fragmentação entre as redes estadual e municipal, pois não há garantias de que as cotas programadas de procedimentos sejam distribuídas entre as unidades de saúde municipais. A compra de serviços especializados da rede privada para superar a insuficiência da oferta municipal é uma estratégia nem sempre bem-sucedida, seja pela inexistência de determinadas especialidades, seja pela baixa remuneração oferecida pela tabela SUS.

Outro obstáculo destacado pelos gestores foi a ausência de políticas do Ministério da Saúde para o setor da média complexidade. Os gestores argumentam que, apesar das dificuldades, os municípios têm políticas para garantir a atenção secundária, o mesmo não ocorrendo no nível federal, que não dispõe de política e financiamentos específicos à média complexidade.

Intersetorialidade

Nas quatro cidades, são desenvolvidas estratégias de ação intersetorial por meio de fóruns comuns com diversidade de escopo (Quadro 1). Vitória e Belo Horizonte destacam-se pela presença de políticas municipais integradas de abrangência municipal. Em Vitória foi adotado um modelo de gestão pública integrada que estabeleceu a intersetorialidade como diretriz à construção das políticas públicas locais. Há um Comitê de Políticas Sociais, integrado pelos gestores das secretarias municipais, que visa à articulação e integração entre os setores, e Câmaras Territoriais, fóruns permanentes de gestores e técnicos das diversas instituições públicas, que buscam promover a interface entre os setores para otimizar os recursos.

Entre as iniciativas do Executivo de Vitória, destaca-se o Projeto Terra Mais Igual, um programa de desenvolvimento social e urbano e de preservação ambiental em áreas ocupadas por população de baixa renda, que visa promover uma melhor qualidade de vida, através de ações sociais, ambientais, obras e serviços públicos. A SF participa do projeto e os gestores municipais percebem maior resolutividade nas políticas quando há integração com a SF, em particular com o ACS, posto que a capilaridade dos serviços de saúde facilita a difusão de iniciativas.

Em Belo Horizonte, foram criadas Câmaras Intersetoriais Permanentes de Políticas Sociais e Políticas Urbanas, coordenadas por secretários municipais e subordinadas ao prefeito, que discutem o orçamento e a integração das políticas. Foram constituídos grupos executivos para temas específicos e Núcleos de Intersetoriais Regionais, que reúnem saúde, educação e assistência social para o acompanhamento do Bolsa Família. Há dois programas de governo com articulação intersetorial: o BH Cidadania e o programa Vila Viva, que realizam ações integradas em territórios com maior vulnerabilidade.

Na perspectiva dos gerentes de saúde de Belo Horizonte, o território local é a base das iniciativas de articulação intersetorial e as ESF têm papel vital na identificação de situações de risco social e de

saúde e potencial para consolidar redes locais de serviços sociais.

A SMS de Aracaju desenvolve ações articuladas para enfrentar problemas específicos, como o combate à dengue, e se integra principalmente com as secretarias de educação e assistência social (Quadro 1). Entre as iniciativas de articulação intersetorial, temas como mobilidade urbana e meio ambiente e as experiências do Orçamento Participativo e do Núcleo de Prevenção à Violência Doméstica. No nível local, a assistente social lotada na USF é elo de ligação com o setor de serviço social, facilitando o acompanhamento das condicionalidades em saúde do Bolsa Família.

Em Florianópolis, o desenvolvimento de ações intersetoriais é recente e com base em projetos es-

pecíficos. Segundo os entrevistados, o município busca articular as ações de saúde, educação e assistência social, sobretudo em relação ao idoso, criança, população de rua e vigilância sanitária e ambiental. Mereceu destaque dos gestores a Comissão de Promoção da Saúde Escolar, fórum que conta com representantes da SF, Educação, ONGs e escolas, coordenado pelas secretarias de Educação e Saúde.

A SF é apontada pelos gestores nas quatro capitais como estratégia potencial ao desenvolvimento de ações intersetoriais; todavia, salientam que a participação do setor saúde nas iniciativas intersetoriais do Executivo municipal poderia ser ampliada buscando-se um maior protagonismo.

A participação das ESF nas ações intersetoriais

Quadro 1. Articulação intersetorial nos quatro grandes centros urbanos. Brasil, 2008.

Dimensões	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória
Campos de atuação				
Temas/problemas de intervenção intersetorial	Dengue, violência, gravidez na adolescência, deficiência física, mobilidade urbana, meio ambiente	Orçamento participativo, Bolsa Família, vulnerabilidade social, dengue, fatores de risco para doenças cardiovasculares, questão ambiental	Questões relacionadas a grupos populacionais específicos: idosos, crianças, população de rua, plano diretor municipal	Pobreza, desemprego, degradação do meio ambiente, violência, acidentes de trânsito, gravidez na adolescência
Institucionalidade				
Nível de abrangência	Projetos específicos	Política municipal	Projetos específicos	Política municipal
Setores governamentais envolvidos	Secretarias municipais de saúde, de educação, de assistência social, ministério público, universidade, limpeza pública	Secretarias municipais de saúde, de educação, de assistência social, de política urbana	Secretarias municipais de saúde, de educação, de assistência social, universidade	Secretarias municipais de saúde, educação, assistência social, cidadania e direitos humanos, trabalho e geração de renda, cultura, esporte e lazer, segurança urbana e Projeto Terra Mais Igual
Fóruns e colegiados intersetoriais	Comitê de combate à dengue, núcleo sobre violência, bolsa família, orçamento participativo	Câmaras intersetoriais de políticas sociais, grupos executivos, grupo de trabalho Bolsa Família, núcleos gerenciais regionais, BH Cidadania, Projeto Vila Viva	Comissão de promoção da saúde escolar	Comitê de políticas sociais, câmaras territoriais em todas as regiões da cidade, Projeto Terra Mais Igual, orçamento participativo
Base de planejamento	Setorial	Municipal	Local	Municipal

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz. Pesquisa Saúde da Família, quatro estudos de caso.

nem sempre se dá. Metade ou menos dos profissionais das ESF nos quatro municípios participam de atividades conjuntas com outros setores para a solução de problemas da comunidade (Tabela 4). Em Vitória e Aracaju, os profissionais que mais participam de ações intersetoriais são enfermeiros (58% e 53%), em Belo Horizonte, ACS (34%) e, em Florianópolis, médicos (41%) (Tabela 5).

Entre os problemas encaminhados pelo ACS em atividades conjuntas no nível local com órgãos públicos, o tema mais citado foi a escola/educação, compatível com a integração de longa data na história da saúde pública brasileira. Também foram citados a coleta de lixo, moradia, urbanismo e esgotamento sanitário e segurança (Tabela 5).

A baixa participação em atividades intersetoriais é reconhecida pelas ESF como problema. Foi elevado o percentual de médicos (>65%) nas quatro cidades que avaliam insatisfatória a capacidade de mediação de ações intersetoriais para enfrentar problemas da comunidade.

Discussão: SF – uma estratégia de atenção primária integral?

No cotejamento dos resultados, há que se considerar o desenho do estudo orientado à análise de uma intervenção em saúde pública complexa que, ao buscar avaliar as potencialidades da SF como estratégia de APS integral, selecionou experiências consolidadas e exitosas na avaliação de gestores federais, limitando a generalização dos resultados. Destaca-se a heterogeneidade de modelos de atenção básica implementados nos municípios brasileiros⁸. A discussão dos resultados permite, entretanto, identificar potencialidades e limites dessa intervenção.

A análise da integração da rede e da intersectorialidade em experiências consolidadas da SF evidencia a complexidade de promover mudanças do modelo assistencial e a permanência desses desafios na fase de consolidação e indica descompassos no alcance desses dois objetivos pela gestão municipal.

Superar os efeitos da fragmentação que persistem na rede de serviços de saúde do SUS e potencializar a APS como porta de entrada preferencial e centro ordenador e integrador das redes de serviços e das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde é um dos principais desafios segundo os gestores municipais.

São distintos os mecanismos de implementação e os resultados alcançados na experiência de cada município, mas os quatro casos apontam à construção de estratégias para superar o histórico

insulamento das ações de atenção básica. Nos municípios estudados, os esforços para integrar a Estratégia SF à rede de serviços foram avaliados positivamente pelos gestores e reconhecidos pelos profissionais e famílias.

Uma rede integrada pressupõe uma porta de entrada preferencial que organize o acesso²¹. Nas quatro estudadas, é a partir dos serviços de atenção básica com SF que se estrutura o atendimento e o acesso aos serviços especializados com efetivação de uma porta de entrada preferencial em serviços de APS resolutivos (via lista ampliada de medicamentos e maior acesso a exames complementares). Os resultados são coerentes com outros estudos que identificaram um bom desempenho da SF com elevado escore para a porta de entrada^{22,23}. A existência de um serviço de primeiro contato, procurado regularmente a cada vez que o paciente necessita de atenção em caso de doença ou acompanhamento rotineiro, facilita a formação de vínculos e a coordenação dos cuidados³.

O reconhecimento de que nenhuma instância isolada dos sistemas de saúde possui a totalidade dos recursos e competências necessárias para resolver as necessidades de saúde de uma população implica a constituição de redes integradas, que reconhecem a interdependência e, muitas vezes, os conflitos entre atores sociais e organizações distintas em situações de poder compartilhado²¹.

Entre as iniciativas mais exitosas de integração da rede, destacam-se investimentos em tecnologias de informação e comunicação, com a implantação de sistemas informatizados de regulação e prontuários eletrônicos. A criação de serviços especializados próprios municipais representa esforço empreendido pelos gestores locais para garantia de atenção secundária. A constituição de fóruns integrados de discussão entre a atenção básica e especializada, a telemedicina e o apoio matricial também são estratégias com potencialidades para superar a distância entre gerentes e profissionais dos dois níveis assistenciais e a fragmentação da rede.

Os quatro municípios apresentam em comum a decisão política do gestor municipal em implantar a Estratégia SF para fortalecer a atenção básica no sistema de saúde municipal, fator imprescindível à expansão da SF. Mas, além da vontade política, as experiências dos municípios apontam que a implementação da SF como centro ordenador e integrador da rede de serviços de saúde é facilitada pelo legado institucional.

Belo Horizonte e Aracaju foram habilitadas pelas normas nacionais de operacionalização do SUS, como gestores plenos do sistema de saúde, por um lado, exigindo a gestão municipal do siste-

Tabela 5. Indicadores de atuação intersetorial da Estratégia Saúde da Família, quatro grandes centros urbanos, 2008.

Indicadores	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória
Percentual de profissionais da ESF que participam de atividades voltadas para solução de problemas da comunidade junto de outros órgãos públicos ou entidades da sociedade				
Médicos	30,4	12,5	41,0	37,1
Enfermeiros	53,0	24,0	38,6	58,0
ACS	50,7	34,1	33,6	48,0
Auxiliares/técnicos de enfermagem	33,3	30,3	29,2	34,9
Tipos de problemas encaminhados pelos ACS que realizam atividades com outros setores¹				
Escola/educação	68,4	58,6	100,0	37,8
Coleta de lixo	56,6	29,3	46,8	25,2
Esgoto	39,5	22,4	38,3	17,3
Urbanismo (ruas, praças, iluminação pública)	44,7	24,1	36,2	11,8
Água	30,3	13,8	34,0	11,0
Moradia	44,7	19,0	29,8	23,6
Segurança pública	50,0	19,0	25,5	9,4
Geração de renda /trabalho	35,5	20,7	21,3	15,7
Transporte	13,2	12,1	14,9	6,3
Percentual de médicos que avaliam insatisfatória a capacidade de mediação de ações intersetoriais para enfrentar problemas da comunidade	67,8	70,8	72,2	64,7
Percentual de famílias que teve conhecimento de reuniões organizadas pela ESF para discutir problemas de saúde do bairro²	25,3	30,5	27,9	42,5
Percentual de famílias convidadas nos últimos 12 meses pelo ACS a participar de reuniões ou atividades relativas a problemas do bairro³	22,0	13,8	24,6	32,2

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz. Pesquisa Saúde da Família, quatro estudos de caso, 2008.

¹ ACS que afirmaram participar de atividades voltadas para solução/encaminhamento de problemas: n = 76 em Aracaju; n= 58 em Belo Horizonte; n=47 em Florianópolis n=61 em Vitória.

² Famílias que conhecem o PSF: n= 672 em Aracaju, n=760 em Belo Horizonte, n=596 em Florianópolis, n=680 em Vitória.

³ Famílias que conhecem o ACS de sua área: n=527 em Aracaju, n= 631 em Belo Horizonte, n=394 em Florianópolis, n=590 em Vitória.

ma nos diferentes níveis de complexidade e, por outro lado, permitindo-lhes maior autonomia na condução de processos articuladores da rede de serviços de saúde. Florianópolis e Vitória apenas em 2007, com o Pacto de Gestão, assumiram compromissos de gestão da atenção especializada. Apresentam maiores dificuldades, identificadas pelos gestores, para a organização da rede devido à baixa governabilidade sobre os serviços especializados do SUS em seu território.

A garantia de acesso à atenção especializada enfrenta uma série de dificuldades na implementação. Destaca-se, contudo, o avanço na regulação das

referências e no monitoramento das filas de espera com a implantação de ferramentas informatizadas de regulação. Estudo de 2002 mostrava que os gestores já reconheciam o gargalo da atenção especializada; todavia, não lhes era possível mensurar as filas de espera, muito menos regulá-las²⁴.

Entre os obstáculos à constituição de rede, destaca-se a insuficiente oferta de atenção especializada, agravada pela baixa integração com prestadores estaduais, ainda responsáveis em alguns municípios por grande parte dos serviços de média complexidade. Maior interação pessoal entre generalistas e especialistas foi outro desafio destacado para

maior integração dos processos de trabalho, superando relações hierárquicas e o isolamento entre atenção básica e especializada.

Não menos importante foi o discurso recorrente dos gestores municipais em relação à ausência de políticas federais para a atenção especializada. A construção de redes integradas passa necessariamente por maior investimento em serviços de média complexidade, nível assistencial considerado pelos entrevistados “o grande gargalo do SUS”. É imperativo avançar nas promessas de integralidade por meio da necessária desmercantilização dos níveis de atenção mais complexos ou, no mínimo, de certo equilíbrio nas relações entre mercado e esfera pública na provisão dessas ações à população.

No que concerne às iniciativas intersetoriais, as experiências são mais diversificadas. A atuação intersetorial é mais abrangente quando responde a uma política municipal e a uma modalidade integrada de atuação governamental diferente de projetos específicos ou emergenciais. A intersetorialidade é um processo dinâmico e complexo, esbarrando sempre na tradição setorial, competitiva e hierarquicamente verticalizada que marca as organizações e serviços públicos no país²⁵.

Ainda que se reconheça que os esforços das práticas intersetoriais das ESF sofrem limitações, devido a uma posição hierarquicamente inferior, atuando no nível local, estando na dependência da condução dos problemas por níveis superiores²⁶ e que o papel das ESF de mediadoras de ações intersetoriais está condicionado da ação articuladora do governo municipal²⁷, os resultados indicam que esta não é uma prática disseminada. Menos de um terço à metade dos profissionais desenvolvem ações voltadas para solução de problemas da comunidade. Os resultados pífios apontados pelas famílias para ação comunitária das ESF são coerentes com resultados de outros estudos que mostram baixo escore para a “orientação comunitária” por usuários da SF^{22,23}, ainda que melhores do que àqueles das UBS tradicionais²².

Alguns gestores apontam a necessidade de reconhecer os limites de atuação das ESF uma vez que a articulação intersetorial deve ser uma estratégia estruturante da ação do executivo municipal. Todavia, este não deveria ser impeditivo ao empreendimento de ações comunitárias pelas ESF. Além da insuficiência de formação adequada dos profissionais, a constatação de descompasso entre os avanços da integração e a incipiência da ação intersetorial em parte dos casos estudados impõem perguntar sobre um possível antagonismo. Nos grandes centros urbanos, os esforços necessários à garantia de acesso à atenção à saúde de qualida-

de e oportuna com organização de um sistema municipal complexo esgotariam as possibilidades de investir na articulação intersetorial como iniciativa da SMS?

A resposta requer investigação específica; contudo, pode-se apontar que os espaços de governabilidade do setor saúde na intervenção sobre os determinantes sociais não estão predeterminados. A extensão na qual o setor saúde toma a iniciativa e lidera a intervenção intersetorial depende do tipo de problema a enfrentar e deve ser flexível¹⁷.

Nas experiências pesquisadas, distintos cenários se apresentaram com diferentes ênfases conferidas pelos gestores conforme os temas de intervenção. Ainda que com limites, o aumento das interfaces entre a saúde e os outros setores para a construção da cidadania com o avanço das abordagens intersetoriais nas políticas de governo municipais expresso na criação de câmaras para a gestão da política local e nas experiências de orçamento participativo ampliaram a visão sobre os determinantes sociais da saúde.

Os obstáculos a superar para garantia de atenção integral são diversos – financeiros, oferta insuficiente e formação inadequada de recursos humanos^{28,29}. Todavia, os estudos realizados indicam as potencialidades da SF ser implementada em uma perspectiva de APS abrangente, condicionada por adaptações locais do modelo com ampliação dos recursos assistenciais e profissionais na UBS. Por sua vez, a atuação intersetorial para se efetivar incorre em iniciativas mais gerais do Executivo municipal que respaldem as ações locais das ESF. As principais iniciativas intersetoriais identificadas transcenderam a Saúde, eram lideradas por outros setores e correspondiam a uma política de desenvolvimento social municipal integrada.

Tomados como parâmetros para análise da implementação de uma APS abrangente, integração e intersetorialidade são desafios, nem sempre convergentes, que persistem na fase de consolidação da Estratégia SF.

Colaboradores

L Giovanella, MHM Mendonça, PF Almeida e S Escorel participaram na concepção geral, pesquisa e redação final; MCM Senna, MM Delgado e MS Cunha colaboraram na pesquisa e redação da dimensão intersetorialidade; PF Almeida, MCR Fausto e CP Teixeira, na pesquisa e redação da dimensão integração; CLT Andrade e MIC Martins, na metodologia e pesquisa.

Referências

- 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. *HSR: Health Services Research* 2003; 38(3):831-865.
- Starfield B, Shi L. Policy Relevant Determinants of Health: An International Perspective. *Health Policy* 2002; 60:201-218.
- Conill EM, Fausto MCR. *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: Documento Técnico EuroSocial Salud; 2007.
- World Health Organization. *Primary Health Care. Now more than ever*: The World Health Report 2008. Geneva: WHO; 2008.
- Capistrano Filho D. O Programa de Saúde da Família em São Paulo: *Estudos Avançados* 1999; 13(35):89-100.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2006.
- Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Pan American Journal of Public Health* 2007; 21(2/3):164-176.
- Viana ALd'Á, 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.
- Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad Saude Publica* 2006; 22(5):951-963.
- Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E. *Improved Health System Performance Through Better Care Coordination*. Paris: OECD; 2007.
- Saltman RB, Rico A, Boerma WG. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Berkshire: Open University Press; 2006.
- Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.
- Feo JJO, Campo JMF, Camacho JG. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada? Reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional. *Revista de Administración Sanitaria* 2006; 4(2):357-82.
- Carvalho AI, Buss PM. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LV, Carvalho AI, Noronha JC, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
- Junqueira LAP. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. *Revista de Administração Pública* 2000; 34(6):35-45.
- Teixeira CF, Paim JS. Planejamento e Programação de Ações Intersetoriais para a Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. In: Teixeira CF, Paim JS, Vilasboas AL, organizadores. *Promoção e Vigilância da Saúde*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva; 2002.p. 59-78.
- World Health Organization. Public Health Agency of Canada. Health Equity Through Intersectoral Action: An Analysis of 18 Country Case Studies. WHO/PHAC; 2008. [cited 2008 Nov 04]. Available from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/hetia18-esgai18/pdf/hetia18-esgai18-eng.pdf>
- Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman; 2005.
- Veney JE, Kaluzny AD. *Evaluation and Decision Making for Health Services*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press; 1991.
- Mendes EV. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
- Hartz ZMA, Contandriopoulos A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad Saude Publica* 2004; 20 (Supl 2):S331-S336.
- Elias PE, Ferreira CW, Alves MC, Cohn A, Kishima V, Escrivão Jr A, Gomes A, Bousquat A. Atenção Básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):633-641.
- Ibañez N, Rocha JSY, Carrara de Castro P, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, Viana ALd'Á. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):683-703.
- Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Magalhães R, Senna MCM. *Avaliação da implementação do programa SF em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde/SAS/DAB; 2005.
- Andrade LOM. *A saúde e o dilema da intersetorialidade*. São Paulo: Hucitec; 2006.
- Mendes EV. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec; 1996.
- Papoula SR. *O processo de trabalho intersetorial das ESF no município de Petrópolis-RJ: fatores restritivos e facilitadores* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Ensp/Fiocruz; 2006.
- Heimann LS, Mendonça MHM. A Trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa de Saúde de Família no SUS: uma busca de identidade. Lima NT, Gerschmann S, organizadores. *Saúde e democracia. História e Perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
- Conill EM. Ensaio teórico-conceitual sobre APS: desafios para organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(Supl1):S7-S27.

Artigo apresentado em 17/11/2008

Aprovado em 22/12/2008

Versão final apresentada em 07/02/2009