

Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados

Patty Fidelis de Almeida,¹ Márcia Cristina Rodrigues Fausto²
e Lígia Giovanella³

Como citar Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Rev Panam Salud Publica. 2011;29(2):84-95.

RESUMO

Objetivo. Descrever e analisar ações empreendidas em quatro centros urbanos para fortalecer a estratégia saúde da família (ESF) no Brasil.

Métodos. Foram realizados estudos de caso em Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória com base em entrevistas semiestruturadas com gestores. Além disso, foi realizado um estudo transversal com questionários aplicados a amostras de profissionais e usuários da ESF.

Resultados. Em todos os municípios foram identificadas ações para fortalecer os serviços de atenção primária à saúde, com destaque para: aumento da oferta de atenção primária à saúde com diminuição das barreiras de acesso, estruturação dos serviços de atenção primária à saúde como porta de entrada do sistema, ampliação da resolutividade (apoio diagnóstico e terapêutico, promoção da interlocução entre equipamentos da rede de serviços para organizar o processo de trabalho, capacitação, supervisão) e articulação entre ações de vigilância e assistência.

Conclusões. Os municípios investigados apresentam experiências consolidadas de reorganização do modelo assistencial com base em uma atenção primária à saúde fortalecida, com potencial para tornar-se coordenadora dos cuidados. Todavia, para efetivar a função de porta de entrada e serviço de uso regular são necessárias ações para equalizar o atendimento das demandas programada e espontânea, sendo que a última representa o maior desafio à organização do processo de trabalho das equipes. A conquista de apoio e legitimidade para a ESF é um tema pendente. Iniciativas para divulgar a ESF são necessárias entre a população, profissionais de todos os níveis e organizações da sociedade civil.

Palavras-chave

Atenção primária à saúde; programa saúde da família; organização e administração; Brasil.

O relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) publicado em 2008 (1) destacou que as experiências desenvolvidas

desde Alma-Ata modificaram a perspectiva dos movimentos em prol da atenção primária à saúde (APS). Conforme esse relatório, a coordenação de uma resposta integral às demandas de saúde, viabilizada por meio de uma rede de serviços, é um atributo essencial da APS. O papel dos prestadores de atenção primária como coordenadora do acesso aos demais níveis envolve responsabilização pela saúde da população, outorga das necessárias autoridades administrativas

e financeiras e reconhecimento quanto à essencialidade das funções exercidas pelas equipes de atenção primária (1).

No setor saúde, a coordenação dos cuidados pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações, de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, esses serviços estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum (2-4). A coordenação se sustenta na existência de uma rede integrada de prestadores de

¹ Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Centro de Ciências da Saúde (CCS), Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil. Correspondência: patty@ensp.fiocruz.br

² Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), Vice-Direção da Escola de Governo em Saúde, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ FIOCRUZ, ENSP, Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

serviços de saúde, de modo que distintas intervenções sejam percebidas e vividas pelo usuário de forma contínua, adequada às suas necessidades de atenção em saúde e compatível com suas expectativas pessoais (3, 5, 6). Segundo Haggerty et al. (7), apesar da importância do tema, predomina uma utilização indiscriminada e uma certa confusão teórica acerca dos termos continuidade assistencial, coordenação e integração de serviços, bem como das diversas formas de mensurá-las. De todo modo, a literatura descreve uma associação positiva entre coordenação e continuidade dos cuidados, alta qualidade e aumento da eficiência da atenção em saúde (8).

As medidas que buscam aumentar o protagonismo da APS e promover a coordenação dos cuidados são um tema recorrente e prioritário na agenda do setor saúde europeu (9, 10). Segundo Rico et al. (11), as reformas empreendidas desde os anos de 1990 nesses países, voltadas ao fortalecimento da atenção primária, objetivaram aumentar o poder do primeiro nível de atenção como coordenador de outros níveis por meio de mecanismos de mercado ou do monopólio do papel de porta de entrada e de acesso à atenção especializada com base em mecanismos de coordenação hierárquica. Outras medidas em prol da coordenação do sistema pela APS estenderam os serviços nesse nível de atenção para incluir atividades de prevenção e promoção, cuidados comunitários e execução de procedimentos antes realizados na atenção hospitalar (pequenas cirurgias, diagnóstico, atendimentos de urgência, cuidados paliativos e acompanhamento pós-alta hospitalar), com introdução de equipes multiprofissionais. Inserem-se nesse conjunto as ações que buscam promover a integração entre APS, saúde pública e serviços de atenção comunitária (8, 10, 11).

Entre os fatores que têm impacto sobre a coordenação, destacam-se o incremento do papel de filtro (*gatekeeping*) dos médicos generalistas, relacionado à gestão e à responsabilização pelo caminho terapêutico do usuário. Além desse fator, vale citar ainda o aumento da capacidade de resolução da APS por meio da destinação de recursos e da ampliação da cesta de serviços, seja pelo aumento do acesso a meios diagnósticos e terapêuticos, seja pela educação continuada; e o maior prestígio e reconhecimento profissional (12). De acordo com Feo et al. (13), uma atenção primária

forte se caracteriza por um primeiro nível assistencial com capacidade de resolver a maior parte dos problemas de saúde, em tempo oportuno, com acessibilidade e garantia da continuidade.

No contexto latino-americano, no qual historicamente concorreram diferentes visões de APS — primeiro nível de atenção, atenção primária seletiva com cesta restrita de ações, estratégia para organizar o sistema de saúde ou para impactar nos determinantes sociais —, um recente consenso entre especialistas para a construção de um marco analítico de avaliação, com base em uma estratégia canadense, reconhece a coordenação como um dos objetivos da APS (14). Juntamente com a capacidade de influir sobre os determinantes sociais em saúde mediante trabalho intersectorial, a coordenação dos cuidados entre os distintos níveis assistenciais foi considerada, em uma concepção abrangente, um componente essencial. Entende-se que a função da APS é facilitar a integração entre instituições, profissionais e trabalhadores dos serviços de saúde para evitar a fragmentação e alcançar atenção integral e integrada. Entretanto, a coordenação, juntamente com o “planejamento dos serviços”, foram os atributos que alcançaram baixo nível de consenso em termos de clareza e significado do conceito (14).

No Brasil, a importância do tema da coordenação ganhou ênfase *pari passu* à expansão da estratégia saúde da família (ESF), que, ao final dos anos 1990, foi assumida pelo governo brasileiro como proposta para reorganização do sistema de saúde na perspectiva da implementação de uma APS abrangente. Tal importância também se refletiu no foco mais recente das pesquisas de avaliação da APS induzidas pelo gestor federal. Os primeiros estudos desenvolvidos entre os anos de 2000 a 2002 privilegiaram o processo de implantação da ESF com vistas a detectar fragilidades, potencialidades e condições de contexto que favoreciam ou dificultavam sua expansão (15). A partir do ano de 2004, atributos como porta de entrada, coordenação e longitudinalidade tornaram-se tema de estudos avaliativos (16–20) e alvo de políticas específicas como, por exemplo, a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) cujo principal objetivo é fortalecer, ampliar a resolutividade e otimizar a integração desses serviços à rede (21).

O presente artigo descreve e analisa ações empreendidas em quatro centros

urbanos brasileiros para fortalecer a ESF por meio de seis dimensões: posição ocupada pela ESF no sistema de saúde; acesso à unidade de saúde da família (USF); capacidade de resolução da ESF; reconhecimento profissional e social das equipes de saúde da família; descentralização das ações de saúde coletiva para a atenção primária; e reflexos da ESF na utilização dos serviços por parte dos usuários.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este artigo apresenta parte dos resultados da pesquisa Estudos de caso sobre a implementação da estratégia saúde da família em grandes centros urbanos (22–25), realizada no ano de 2008 com financiamento do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Os municípios para os estudos de caso foram selecionados de forma intencional, de modo a escolher experiências consolidadas de implantação da ESF: Aracaju (Estado de Sergipe), Belo Horizonte (Estado de Minas Gerais), Florianópolis (Estado de Santa Catarina) e Vitória (Estado do Espírito Santo).

Neste artigo foram analisadas especificamente as ações empreendidas pelos municípios com o objetivo de fortalecer a APS, identificadas com base em entrevistas semiestruturadas com gestores e em um estudo transversal com aplicação de questionários a amostras de profissionais e usuários da ESF. O eixo de análise foi operacionalizado por meio de dimensões, variáveis e indicadores definidos com base em estudos de avaliação da ESF (16–19) (tabela 1). No Brasil, os princípios gerais e fundamentos da APS e as especificidades da ESF consolidadas na Política Nacional de Atenção Básica (26) refletem uma concepção de atenção primária que incorpora os atributos definidos por Starfield (27) para caracterizar a robustez da APS.

Após definição das dimensões do eixo de análise, realizou-se o trabalho de campo, ou seja, entrevistas semiestruturadas com secretários de saúde e gestores da secretaria municipal de saúde, descritas a seguir, e aplicação de questionário a profissionais de ESF e famílias atendidas.

As estratégias para fortalecimento da APS empreendidas pela gestão municipal de saúde foram descritas com base na análise de 61 entrevistas semiestruturadas com quatro secretários municipais

TABELA 1. Dimensões, variáveis e indicadores para análise das estratégias de fortalecimento da atenção primária à saúde, Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória, Brasil, 2008

Dimensões/variáveis	Indicadores
Posição ocupada pela APS ^a no sistema de saúde	
Organização da porta de entrada pela APS	Existência de porta de entrada pela APS; estratégias para organização da porta de entrada pela APS; % de médicos/enfermeiros que concordam muito/concordam que o papel de porta de entrada e de coordenação da ESF ^b está especificado na política local de saúde; % de médicos/enfermeiros que concordam muito/concordam que a população procura primeiro a USF ^c quando necessita de atendimento de saúde
Acesso à unidade de saúde da família	
Conhecimento da USF	% famílias que conhecem a ESF (demanda espontânea + estimulada); % famílias que conhecem o local de funcionamento da ESF
Acessibilidade à USF	Facilidade de acesso ao local de funcionamento da ESF; % famílias que relatam chegar a pé até o local de funcionamento da ESF; % médicos/enfermeiros que concordam muito/concordam que a ESF ampliou o acesso de novas parcelas da população aos serviços de saúde; % de médicos/enfermeiros que concordam muito/concordam que a USF é acessível a toda a população cadastrada; avaliação das famílias quanto a conseguir consulta sem marcação prévia; avaliação das famílias quanto a conseguir marcar consulta médica; % de médicos/enfermeiros que concordam muito/concordam que a USF cumpre na prática as funções de pronto-atendimento
Capacidade de resolução da atenção primária à saúde	
Provas diagnósticas solicitadas pelo médico da ESF	Provas diagnósticas solicitadas pelo médico de família
Coleta de exames para patologia clínica na USF	Existência de coleta de exames para patologia clínica na própria USF
Distribuição de medicamentos	% de médicos/enfermeiros que avaliam como muito satisfatória/satisfatória a distribuição regular de medicamentos a grupos prioritários; acesso a medicamentos em atendimento realizado pela ESF segundo famílias cadastradas
Realização de capacitação	Existência de estratégias de capacitação continuada promovida pela SMS ^d ; % de médicos/enfermeiros que realizaram atividades de capacitação continuada nos últimos 30 dias
Supervisão das ESF	Existência de profissionais de apoio às equipes de saúde da família; % de médicos/enfermeiros que relatam a existência de supervisão da equipe de saúde da família; atividades desenvolvidas durante a supervisão segundo médicos/enfermeiros
Atendimento aos grupos prioritários	% de médicos/enfermeiros que avaliam como muito satisfatório/satisfatório o acompanhamento dos grupos prioritários
Avaliação geral da capacidade de resolução da ESF	% de médicos/enfermeiros que avaliam como muito satisfatória/satisfatória a capacidade de intervir positivamente no enfrentamento dos problemas de saúde; % de médicos/enfermeiros que avaliam como muito satisfatória/satisfatória a resolução de 80% ou mais de casos atendidos por sua equipe de saúde da família; avaliação da resolutividade do atendimento e necessidade de encaminhamento para especialista segundo famílias cadastradas; % de médicos/enfermeiros que concordam muito/concordam que com a ESF a população atendida procura menos os serviços hospitalares e especializados; avaliação das famílias quanto a procura por hospitais e especialistas após implantação da ESF; avaliação das famílias quanto a procura por serviços de urgência após implantação da ESF; avaliação das famílias quanto a melhoria do atendimento após implantação da ESF; grau de satisfação das famílias com a ESF
Descentralização das ações e programas de saúde pública/coletiva para as unidades de atenção primária à saúde	
Grau de descentralização das ações e programas de saúde pública/coletiva para as USF	Existência de descentralização e grau de articulação entre os serviços de APS e as demais áreas da saúde pública/vigilância à saúde; % de médicos/enfermeiros que concordam muito/concordam que a ESF atua articulada aos programas de saúde pública/coletiva
Reconhecimento profissional e social	
Reconhecimento profissional e social em APS	% de médicos/enfermeiros que concordam muito/concordam que os profissionais da ESF desfrutam do mesmo reconhecimento profissional que os especialistas
Utilização dos serviços de APS pelas famílias cadastradas	
Serviço de saúde de uso regular	Famílias que indicam a USF como serviço de procura regular entre as famílias com serviços de procura regular; serviços de saúde procurados pelas famílias com moradores que adoeceram nos últimos 30 dias
Acompanhamento de grupos prioritários	Serviço de saúde responsável pelo acompanhamento dos hipertensos, diabéticos, das gestantes e do crescimento e desenvolvimento infantil segundo famílias cadastradas

^a APS = Atenção primária à saúde.^b ESF = Estratégia saúde da família.^c USF = Unidade de saúde da família.^d SMS = Secretaria municipal de saúde.

de saúde, quatro coordenadores de atenção básica/ESF, 43 gerentes de regulação, controle e avaliação e gerentes de vigilância em saúde e das unidades de saúde da família, além de 10 representantes dos conselhos regionais de medicina e de enfermagem e da Sociedade de Medicina de Família e Comunidade. Foram realizadas 16 entrevistas em Aracaju, 17 em Belo Horizonte, 14 em Florianópolis e 14 em Vitória.

As percepções dos profissionais sobre as estratégias empreendidas para fortalecer a APS foram examinadas com base em questionários autoaplicáveis respondidos por amostras de profissionais das equipes de saúde da família. A população dos estudos transversais foi composta por médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família de Aracaju, Belo Horizonte, Vitória e Florianópolis existentes em 31 de dezembro de 2007 e pelas famílias cadastradas para atendimento por essas equipes. Todas as 79 equipes listadas no cadastro utilizado para seleção em Florianópolis e todas as 53 equipes de Vitória foram incluídas na amostra. Foram selecionadas, com equiprobabilidade, 80 das 127 equipes de Aracaju e 90 das 469 de Belo Horizonte. Os pesos amostrais foram calculados pelo inverso das probabilidades de inclusão na amostra. No total, foram entrevistados 224 médicos e 261 enfermeiros (28).

Além dos profissionais, foram entrevistadas 3 311 famílias (800 em Aracaju, 900 em Belo Horizonte, 789 em Florianópolis e 822 em Vitória) (28). Para pesquisar a percepção das famílias, utilizou-se um inquérito de base domiciliar com aplicação de questionários fechados. O informante familiar foi o chefe da família ou o cônjuge, entrevistado no domicílio. O plano de amostragem foi do tipo conglomerado em três estágios de seleção: equipe de saúde da família como unidade primária de amostragem, agente comunitário de saúde (ACS) como unidade secundária de amostragem e, como unidade elementar, a família cadastrada. Cinco famílias selecionadas aleatoriamente de cada dois ACS das equipes selecionadas foram entrevistadas. Em Vitória, em função do menor número de equipes de SF existentes, foram aplicados questionários a três famílias de cada ACS.

O trabalho de campo foi realizado entre os meses de maio e setembro de 2008. Todos os dados primários resultantes dos estudos transversais foram codificados e computados no CSPRO versão

3.3 (U.S. Census Bureau; <http://www.census.gov/ipc/www/cspro>) e distribuídos em frequências simples por município, tipo de informante e dimensão. As entrevistas semiestruturadas foram gravadas, transcritas e analisadas por dimensões. Os dados passaram por análise vertical considerando-se as dimensões e informantes-chave por município e, posteriormente, por leitura horizontal, comparando-se as perspectivas dos diversos atores envolvidos bem como dos quatro casos analisados. A apresentação dos resultados está estruturada com base nas dimensões apresentadas na tabela 1.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP)/Fundação Oswaldo Cruz e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Em Aracaju, a pesquisa foi autorizada pelo Secretário Municipal de Saúde por meio de ofício. Em Florianópolis e Vitória, recebeu parecer favorável da Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde das secretarias municipais de saúde.

RESULTADOS

Posição ocupada pela APS no sistema de saúde

Nos municípios estudados, um conjunto de ações assistenciais e gerenciais tem sido desenvolvido para ampliar o acesso e a oferta de serviços e fortalecer a APS na função de porta de entrada preferencial do sistema municipal de saúde. Segundo gerentes e gestores, a principal estratégia para organização da porta de entrada nas USF é o acolhimento, que busca articular o atendimento à demanda espontânea e às ações programadas. Em cada município, essa prática apresenta peculiaridades, considerando o grau de envolvimento, organização e recursos disponíveis às equipes.

Aracaju e Belo Horizonte possuem tradição na prática do acolhimento como estratégia de organização da porta de entrada nas unidades básicas de saúde (UBS). Em Belo Horizonte a experiência é anterior à implantação da ESF. As equipes articulam atendimentos à demanda espontânea e à programada, incluindo pronto-atendimento e garantia de referência especializada.

Em Florianópolis, os gestores consideraram que a demanda espontânea é uma

dificuldade nas USF, principalmente porque os profissionais tinham a visão de que a ESF não deveria contemplar esse tipo de atendimento. Entendiam ser esta tarefa de responsabilidade dos serviços de urgência. No entanto, a Portaria Municipal 283/07 (29), que regulamentou a atenção básica, normatizou o acolhimento como estratégia para assistir à demanda espontânea e, desde então, as USF de Florianópolis têm buscado organizar o processo de trabalho sob essa lógica. Contudo, no Município ainda existem restrições ao atendimento de demandas de pessoas não integrantes de grupos prioritários (diabéticos, hipertensos, gestantes e menores de 2 anos).

Em Vitória, a mesma tensão foi percebida pelos gestores como um problema que tem dificultado a organização da porta de entrada. Segundo alguns entrevistados, muitos profissionais querem realizar apenas ações de promoção e prevenção, em detrimento da assistência a grupos não prioritários. Na visão dos gestores, ainda prevalece uma relativa desorganização no atendimento imediato, e as USF utilizam mecanismos tradicionais, como, por exemplo, a definição de horários específicos para responder à demanda espontânea.

Algumas outras iniciativas têm sido desenvolvidas em todos os quatro municípios para fortalecer o papel da ESF como porta de entrada, com função de coordenar a atenção, entre elas o reencaaminhamento dos pacientes atendidos nas unidades de pronto-atendimento à USF do território de origem e a implantação dos conselhos gestores (no caso de Vitória, o Conselho Gestor Regional) com o objetivo de superar a informalidade existente na relação entre as unidades de saúde de determinada região. A constituição de um conselho gestor regional no âmbito do governo municipal é um fórum de articulação entre secretarias e entre serviços de saúde, que permite a discussão coletiva de todos os problemas de determinado território e contribui para reduzir a fragmentação da rede de serviços públicos e de serviços de saúde.

De um modo geral, nos quatro casos há concordância, por parte da maioria dos médicos e enfermeiros, quanto à explicitação nas políticas locais de saúde do papel de porta de entrada e coordenação dos cuidados pela ESF, demonstrando haver reconhecimento das iniciativas empreendidas pelos gestores da

saúde. Mais de 80% desses profissionais também concordam que a população procura primeiro a USF quando precisa de atendimento (tabela 2).

Acesso à unidade de saúde da família

Nos quatro municípios, segundo os gestores, a expansão da ESF ampliou o

acesso às ações de saúde a partir da conversão de unidades básicas tradicionais em unidades de saúde da família e pela construção de novos serviços, principal-

TABELA 2. Indicadores de fortalecimento da atenção primária à saúde segundo médicos e enfermeiros^a das equipes de saúde da família, Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória, Brasil, 2008

Indicador	%			
	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória
Posição ocupada pela APS^b no sistema de saúde				
Médicos/enfermeiros que concordam muito/concordam que o papel de porta de entrada e de coordenação da ESF ^c está especificado na política local de saúde	81,3	82,9	73,1	75,1
Médicos/enfermeiros que concordam muito/concordam que a população procura primeiro a USF ^d quando necessita de atendimento de saúde	92,5	89,2	87,2	83,0
Acesso à unidade de saúde da família				
Médicos/enfermeiros que concordam muito/concordam que a ESF ampliou o acesso de novas parcelas da população aos serviços de saúde	91,2	96,7	90,8	94,7
Médicos/enfermeiros que concordam muito/concordam que a USF é acessível a toda a população cadastrada	81,0	87,1	74,2	65,9
Médicos/enfermeiros que concordam muito/concordam que a USF cumpre na prática as funções de pronto-atendimento	55,2	67,4	55,6	55,9
Capacidade de resolução da APS				
Médicos que relataram poder solicitar exames				
Anatomopatologia e citopatologia	58,9	79,2	80,3	77,1
Eletrocardiografia	98,2	97,2	95,1	85,7
Radiologia simples	98,2	98,6	98,4	100,0
Mamografia	91,1	98,6	98,4	100,0
Colposcopia	60,7	44,4	72,1	65,7
Ultrassonografia obstétrica	94,6	95,8	96,7	97,1
Ultrassonografia clínica	96,4	97,2	80,3	91,4
Ecocardiografia	62,5	65,3	72,1	8,6
Métodos endoscópicos	82,1	94,4	91,8	5,7
Tomografia computadorizada	35,7	4,2	63,9	0,0
Médicos/enfermeiros que avaliam como muito satisfatória/satisfatória a distribuição regular de medicamentos a grupos prioritários	56,6	85,0	86,3	90,8
Médicos/enfermeiros que realizaram atividades de capacitação continuada nos últimos 30 dias	76,9	44,0	68,8	62,0
Médicos/enfermeiros que relatam a existência de supervisão da equipe de saúde da família	78,9	43,7	58,8	49,4
Atividades desenvolvidas durante a supervisão segundo médicos/enfermeiros				
Interconsulta com especialista	9,0	3,4	28,2	9,9
Discussão de casos clínicos	7,9	37,3	35,1	19,9
Sistematização das informações sobre saúde da comunidade	32,2	20,4	16,9	35,6
Capacitação em serviço	15,2	23,0	14,1	38,6
Acompanhamento e controle das atividades	41,4	59,3	25,8	68,4
Discussão de problemas, dificuldades e demandas	60,8	71,1	39,1	56,5
Médicos/enfermeiros que avaliam como muito satisfatório/satisfatório o acompanhamento dos grupos prioritários	78,7	83,8	82,7	87,3
Médicos/enfermeiros que avaliam como muito satisfatória/satisfatória a capacidade de intervir positivamente no enfrentamento dos problemas de saúde	78,1	77,0	74,3	89,3
Médicos/enfermeiros que avaliam como muito satisfatória/satisfatória a resolução de 80% ou mais de casos atendidos por sua equipe de saúde da família	81,1	83,7	81,2	81,3
Médicos/enfermeiros que concordam muito/concordam que com a ESF, a população atendida procura menos os serviços hospitalares e especializados	76,1	71,6	80,4	69,3
Descentralização das ações e programas de saúde pública/coletiva para as USF				
Médicos/enfermeiros que concordam/concordam muito que a ESF atua articulado aos programas de saúde pública/coletiva	95,5	92,4	94,7	90,1
Reconhecimento profissional e social em APS				
Médicos/enfermeiros que concordam muito/concordam que os profissionais da ESF desfrutaram do mesmo reconhecimento profissional que os especialistas	22,0	13,0	29,4	14,6

Fonte: Giovanella et al. (22–25).

^a Aracaju: 56 médicos e 66 enfermeiros; Belo Horizonte: 72 médicos e 75 enfermeiros; Florianópolis: 61 médicos e 70 enfermeiros; Vitória: 35 médicos e 50 enfermeiros.

^b APS = Atenção primária à saúde.

^c ESF = Estratégia de saúde da família.

^d USF = Unidade de saúde da família.

mente em áreas mais distantes e menos providas de recursos sociais. Houve expansão das USF em todas as áreas das cidades, organizadas por regiões de saúde, no sentido de garantir acesso mais oportuno à APS. Como mostra a tabela 2, foi alta a concordância por parte dos médicos e enfermeiros quanto à ampliação do acesso de novas parcelas da população aos serviços de saúde pela ESF, embora percentuais menores tenham concordado que a USF era acessível a toda a população cadastrada. Do ponto de vista das famílias, foram verifi-

cados problemas de acesso. Cerca de 15% relataram não conhecer a ESF, chegando a 30,0% em Florianópolis. Por outro lado, mais de 90% dos usuários que afirmaram conhecer a ESF consideravam fácil o acesso à unidade (tabela 3).

O grau de tolerância para consultas não agendadas (função de pronto-atendimento) também foi avaliado como elemento que influencia a acessibilidade às USF (tabelas 2 e 3). A avaliação das famílias quanto a esse indicador corrobora dificuldades percebidas pelos profissionais (tabela 3).

Outro indicador para avaliar a acessibilidade aos serviços de APS foi a facilidade para marcar consulta médica. Percentuais bastante diferenciados foram encontrados entre os municípios. Destacaram-se Vitória, onde a quase totalidade das famílias considerou não haver dificuldades para marcação de consulta médica, e Aracaju, onde as dificuldades parecem maiores (tabela 3). De todo modo, nos quatro casos foi verificada maior facilidade para consultas programadas se comparadas àquelas provenientes da demanda espontânea.

TABELA 3. Indicadores de acesso e capacidade de resolução da estratégia saúde da família segundo famílias cadastradas por equipes de saúde da família, Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis, Vitória, Brasil, 2008

Indicador	%			
	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória
Acesso à unidade de saúde da família				
Famílias que conhecem a ESF ^a (resposta espontânea e induzida)	No. = 800 84,1	No. = 900 84,4	No. = 789 70,0	No. = 822 82,5
Famílias que conhecem o local de funcionamento da ESF	No. = 673 69,1	No. = 760 69,3	No. = 552 57,4	No. = 678 79,5
Facilidade de acesso ao local da USF ^b	No. = 465 95,5	No. = 527 92,0	No. = 317 91,2	No. = 539 92,4
Famílias que relatam chegar a pé até o local de funcionamento da ESF	No. = 465 89,2	No. = 527 85,6	No. = 317 73,2	No. = 539 84,0
Avaliação das famílias quanto a conseguir consulta sem marcação prévia	No. = 325	No. = 389	No. = 232	No. = 361
Muito bom/bom	40,6	41,9	51,3	58,4
Muito ruim/ruim	57,2	57,1	44,4	39,3
Avaliação das famílias quanto a conseguir marcar consulta médica	No. = 390	No. = 475	No. = 266	No. = 441
Muito bom/bom	53,6	65,3	60,2	95,0
Muito ruim/ruim	45,9	34,7	36,8	4,8
Capacidade de resolução da APS^c				
Acesso a medicamentos em atendimento realizado pela ESF	No. = 518	No. = 624	No. = 400	No. = 528
Recebem todos os medicamentos	26,6	36,1	40,5	45,6
Recebem apenas alguns medicamentos	65,5	60,9	55,3	50,8
Não recebem medicamento algum	7,9	3,0	4,2	3,6
Avaliação das famílias quanto a resolutividade da ESF e necessidade de encaminhamento para especialista	No. = 605	No. = 711	No. = 469	No. = 614
Conseguem resolver o problema de saúde neste atendimento	60,4	60,5	56,9	61,6
Precisam procurar um especialista	35,9	32,5	39,9	37,5
Não responderam	3,6	7,0	3,2	1,0
Avaliação das famílias quanto a procura por hospitais e especialistas após implantação da ESF	No. = 605	No. = 711	No. = 469	No. = 614
Procuram mais	19,0	9,0	10,0	20,5
Procuram menos	44,8	52,3	33,9	52,9
Procuram igual	26,2	29,1	32,9	21,0
Não sabem/responderam	10,3	9,6	23,2	5,6
Avaliação das famílias quanto a procura por serviços de urgência após implantação da ESF	No. = 605	No. = 711	No. = 469	No. = 614
Procuram mais	19,8	7,3	10,0	22,5
Procuram menos	44,0	48,0	31,8	48,0
Procuram igual	26,0	33,8	34,1	23,0
Não sabe/respondeu	10,4	10,9	24,1	6,5
Avaliação das famílias quanto a melhoria do atendimento após implantação da ESF	No. = 605	No. = 711	No. = 469	No. = 614
Melhorou muito	26,6	32,9	22,4	51,3
Melhorou um pouco	44,5	40,1	33,5	28,2
Ficou igual	15,1	15,2	17,5	12,7
Piorou	5,1	2,8	2,3	2,3
Grau de satisfação das famílias com a ESF	No. = 605	No. = 711	No. = 469	No. = 614
Satisfeito	52,9	62,7	52,0	74,4
Insatisfeito	14,1	9,7	8,5	5,9

Fonte: Giovanella et al. (22–25).

^a ESF = Estratégia de saúde da família.

^b USF = Unidade de saúde da família.

^c APS = Atenção primária à saúde.

Capacidade de resolução da APS

Segundo gestores e gerentes, uma das principais medidas para aumentar a resolutividade da APS foi a ampliação do catálogo de provas diagnósticas solicitadas diretamente pelo médico de família e a disponibilidade de medicamentos na USF. Mais de 80% dos médicos relataram poder solicitar diretamente exames de eletrocardiografia, radiologia simples, mamografia, ultrassonografia obstétrica e clínica, além dos exames de patologia clínica (tabela 2). A coleta de exames para patologia clínica na própria USF, como acontece em Aracaju, Belo Horizonte e Vitória, foi considerada, pelos gestores, uma medida que amplia a percepção de resolutividade por parte dos usuários. Em Belo Horizonte os resultados dos exames, por meio de sistema informatizado, são encaminhados diretamente à equipe de saúde da família.

A garantia de acesso a medicamentos também foi considerada uma estratégia para aumentar a resolutividade da ESF, segundo os gestores. Altos percentuais de médicos e enfermeiros em Belo Horizonte (85,0%), Florianópolis (86,3%) e Vitória (90,8%) avaliaram ser muito satisfatória/satisfatória a distribuição regular de medicamentos aos grupos prioritários (tabela 2). Em relação ao recebimento de medicamentos em geral por famílias atendidas pela ESF, a maioria afirmou receber apenas alguns medicamentos, o que parece demonstrar maior fortalecimento das ações voltadas aos grupos prioritários (tabela 3).

As capacitações para desenvolvimento de habilidades ou competências técnicas em áreas específicas foram consideradas importantes para aumentar a resolutividade das equipes. Gestores e gerentes compreendem que a definição da agenda de formação continuada deve ter como base o processo de trabalho. Além das capacitações tradicionais, em Florianópolis e Belo Horizonte os profissionais de SF estão sendo qualificados nas funções de regulação para a atenção especializada, uma vez que constituem a primeira instância regulatória do SUS. Mais da metade dos médicos e enfermeiros de Aracaju, Florianópolis e Vitória afirmaram ter realizado atividades de capacitação continuada nos últimos 30 dias (tabela 2).

Os quatro municípios, ao implantar as equipes de SF em centros de saúde preexistentes, optaram por um processo de

reorganização interna com manutenção de profissionais que já atuavam nesses espaços como apoio para a ESF. A presença de ginecologistas, clínicos e pediatras em algumas das USF, segundo os gestores, é uma das medidas que pode contribuir para melhorar a resolutividade e atender ao conjunto de necessidades da população de forma mais adequada. Entretanto, como destacaram alguns dos entrevistados, definir o papel desses profissionais dentro da USF ainda representa um grande desafio. Conforme o planejamento inicial, de acordo com gestores de Aracaju, esses profissionais só deveriam atender aos casos encaminhados pela equipe de SF. Na prática, todavia, observou-se que, por exemplo, nas USF em que há pediatra, esse profissional acaba se responsabilizando pelo atendimento das crianças.

O “matriciamento”, estratégia para promover interlocução entre distintos equipamentos da rede de serviços de saúde com objetivo de organizar o processo de trabalho e aumentar a resolutividade das equipes de APS, destacou-se entre as inovações mencionadas para qualificar as ações da ESF, ao prever que especialistas apoiem profissionais de APS por meio de interconsulta, discussão de casos clínicos e capacitações, além de funcionar como referência. Observou-se maior desenvolvimento de equipes matriciais em saúde mental e, em fase inicial, geriatria, em Belo Horizonte e Florianópolis. Ainda assim, a prática da supervisão das equipes de SF não está plenamente institucionalizada. Em Belo Horizonte e Vitória, aproximadamente metade dos médicos e enfermeiros relataram não haver supervisão (tabela 2). Entre as atividades de supervisão destacaram-se o acompanhamento e controle das ações e a discussão de problemas, dificuldades e demandas apresentadas pelas equipes de SF. A interconsulta com especialistas ainda é uma prática pouco frequente. Em Belo Horizonte e Florianópolis, cerca de um terço dos médicos e enfermeiros afirmou que a discussão de casos clínicos faz parte da supervisão (tabela 2).

Como mostram as tabelas 2 e 3, a avaliação de médicos e enfermeiros quanto à capacidade de resolução da ESF foi bastante favorável, e foi mais positiva do que a das famílias. O mesmo vale para a percepção de médicos e enfermeiros e das famílias quanto à diminuição da procura por serviços hospitalares e especia-

lizados após a implantação da ESF. Todavia, as famílias avaliaram que houve alguma melhoria no atendimento após implantação da ESF. De modo geral, mais de 50% das famílias nos quatro municípios afirmaram estar satisfeitas com a ESF (tabela 3).

Descentralização das ações e programas de saúde pública/coletiva

Em Aracaju e Belo Horizonte os programas de saúde pública estavam completamente descentralizados para as USF. Segundo informações dos gerentes da secretaria municipal da saúde de Aracaju, os programas relativos a agravos transmissíveis e não transmissíveis foram incorporados às atividades das equipes de SF. Os gestores relataram que todas as solicitações de atividades educativas encaminhadas diretamente à vigilância em saúde são redirecionadas para as USF, responsáveis por estabelecer o vínculo com o território.

Em Belo Horizonte, segundo os gestores, há um trabalho bastante articulado entre vigilância em saúde e APS, principalmente em relação às doenças infecto-contagiosas. No que se refere às doenças não transmissíveis, foram elaboradas orientações para o acompanhamento da hipertensão e do diabetes na perspectiva da vigilância, e não somente da assistência.

Em Florianópolis foi iniciado um processo de descentralização dos programas de saúde pública/coletiva para as USF em 2007, com ritmos diferenciados para os agravos transmissíveis e não transmissíveis, esses últimos já desenvolvidos pelas equipes de SF há mais tempo. Os protocolos foram remodelados a fim de direcioná-los à atenção básica, definindo-se porta de entrada e serviços de referência. Foi relatada maior necessidade de integração entre agentes de endemias e equipe de SF.

Em Vitória, a integração da APS à vigilância em saúde foi citada como um tema frequente nas discussões da secretaria municipal da saúde e encontrava-se em estágio inicial. Programas como o de hipertensão, diabetes e saúde da mulher e da criança foram incorporados pela ESF com maior facilidade, enquanto outros, como tuberculose e hanseníase, continuavam centralizados em unidades de referência. A assistência à tuberculose foi considerada como uma das ações mais difíceis para descentralizar. Outra

estratégia citada para apoiar o trabalho na lógica da vigilância foi o incentivo ao monitoramento de indicadores com incorporação de sanitaristas à rede básica.

Embora na avaliação dos gestores o processo de descentralização estivesse mais avançado em Aracaju e Belo Horizonte, a quase totalidade dos profissionais de nível superior nos quatro municípios concordou muito/concordou com a afirmativa de que a equipe de SF atua articulada aos programas de saúde pública/coletiva (tabela 2).

Reconhecimento profissional e social em APS

Os representantes das entidades de medicina de família e comunidade e das entidades de enfermagem e de medicina afirmaram que os profissionais da ESF não desfrutaram do mesmo nível de reconhecimento que os demais especialistas, percepção corroborada pela grande maioria de médicos e enfermeiros (tabela

2). Na perspectiva dos membros dessas entidades, um grande problema enfrentado é a baixa valorização do profissional médico de família por seus pares e a formação universitária, ainda pouco voltada para a atuação em APS. A aproximação entre sociedades médicas, como as de ginecologia e pediatria, para estabelecimento de parcerias e acordos tem sido uma estratégia utilizada para reconhecer e valorizar a nova especialidade de medicina de família e comunidade.

Foram destacadas iniciativas institucionais, por parte dos governos municipais, de valorização dos profissionais de APS, como investimentos em formação (capacitações, oferta de especialização e residência em medicina de família e comunidade), flexibilização da carga horária de trabalho, com a possibilidade de realização de plantão em unidade de urgência da secretaria municipal de saúde, contrato de trabalho predominantemente estatutário e o apoio financeiro para participação em eventos científicos.

Utilização dos serviços de APS pelas famílias cadastradas

Buscou-se avaliar de que forma o padrão de utilização das USF por parte das famílias cadastradas refletia as mudanças empreendidas para fortalecer a APS. A tabela 4 resume os resultados relativos aos indicadores de utilização da ESF nos quatro municípios. Entre todas as famílias, de 74% em Florianópolis a 85% em Belo Horizonte afirmaram ter um serviço de saúde de procura regular, sendo esse a USF para cerca de 70% dos entrevistados em Aracaju, Belo Horizonte e Vitória (tabela 4). Contudo, quanto ao serviço procurado em episódio recente de doença, percentuais menores buscaram atendimento nas USF, variando de 31,8% em Florianópolis a 52,4% em Belo Horizonte (tabela 4).

Quanto aos grupos prioritários, a maioria dos hipertensos estava sendo acompanhada por equipes de SF (tabela 4), assim como a maioria das crianças de

TABELA 4. Indicadores de utilização da estratégia saúde da família segundo famílias cadastradas por equipes de saúde da família, Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis, Vitória, Brasil, 2008

Indicador	%			
	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória
Famílias que indicam a unidade de saúde da família como serviço de procura regular entre famílias com serviços de procura regular	No. = 610 69,6	No. = 765 74,4	No. = 586 50,3	No. = 621 69,1
Serviços de saúde procurados pelas famílias com moradores que adoeceram nos últimos 30 dias	No. = 214	No. = 248	No. = 189	No. = 198
Unidade de saúde da família	41,1	52,4	31,8	47,0
Ambulatório de hospital	5,1	7,3	2,6	20,2
Policlínica/Posto de assistência médica	–	4,4	9,5	2,5
Pronto-socorro, emergência ou SAMU ^a	29,0	15,3	28,0	8,1
Serviços privados de saúde ^b	20,6	18,6	23,3	17,7
Outro	4,2	2,0	4,8	4,5
Acompanhamento dos hipertensos	No. = 397	No. = 587	No. = 326	No. = 488
Unidade de saúde da família	58,2	65,4	53,1	68,6
Serviços privados de saúde ^b	25,7	17,4	20,1	18,9
Sem acompanhamento	11,3	7,3	11,7	5,5
Acompanhamento dos diabéticos	No. = 126	No. = 154	No. = 122	No. = 133
Unidade de saúde da família	53,2	59,1	42,6	72,9
Serviços privados de saúde ^b	31,0	25,3	29,5	18,8
Sem acompanhamento	8,7	6,5	13,1	0,8
Acompanhamento do prenatal	No. = 104	No. = 83	No. = 60	No. = 71
Unidade de saúde da família	69,8	69,9	61,7	77,5
Serviços privados de saúde ^b	22,9	19,3	13,3	11,3
Sem acompanhamento	7,7	–	13,3	4,2
Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil	No. = 66	No. = 71	No. = 58	No. = 61
Unidade de saúde da família	66,7	64,8	69,0	85,2
Serviços privados de saúde ^b	22,7	12,7	15,5	6,6
Sem acompanhamento	9,1	19,7	13,8	6,6

Fonte: Giovanella et al. (22–25).

^a SAMU = Serviço de atendimento móvel de urgência.

^b Clínica, hospital, pronto-socorro ou emergência, consultório.

até 2 anos de idade. Em relação aos diabéticos, o acompanhamento por equipes de SF variou de 42,6% em Florianópolis a 72,9% em Vitória. Aproximadamente 70% das gestantes eram acompanhadas em USF em Aracaju e Belo Horizonte, chegando a 77,5% em Vitória.

DISCUSSÃO

O presente estudo baseou-se na premissa de que a APS, pelos atributos que a caracterizam (27, 30), tem vocação para assumir o percurso terapêutico dos usuários. Contudo, somente uma APS fortalecida, capaz de mobilizar apoios, recursos políticos, econômicos, financeiros e humanos, pode ser responsável pela coordenação dos cuidados (1). Segundo Starfield et al. (31) a coordenação é positivamente associada com a força da APS. Nesse sentido, medidas para fortalecer a APS correspondem ao mais importante conjunto de reformas pró-coordenação (3).

Em todos os municípios estudados foram identificadas ações para fortalecer as estruturas de APS, com resultados diferenciados no que se refere a acesso, utilização e satisfação da população atendida pelos serviços ofertados. As principais iniciativas buscaram ampliar a acessibilidade, consolidar a função de porta de entrada, aumentar a capacidade resolutiva e articular ações de saúde pública, vigilância e assistência. Observou-se que a compreensão da ESF como coordenadora do percurso terapêutico ao interior do sistema de saúde acompanhou as medidas para expandi-la e fortalecê-la. Nesse sentido, as iniciativas brasileiras alinham-se às reformas europeias, que buscaram, principalmente por meio da consolidação da função de porta de entrada, estender a resolutividade dos serviços prestados pela APS e fortalecer o seu papel de coordenação ao interior da rede de serviços de saúde.

Nos quatro casos, a expansão das equipes de SF foi a estratégia utilizada para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e organizar a porta de entrada do sistema, iniciativa reconhecida por médicos e enfermeiros, ainda que permaneçam problemas para garantia de acesso à população cadastrada. A ampliação da oferta de APS, segundo Aday e Andersen (32), é um dos elementos que pode garantir que esses serviços se tornem de uso regular. Outro grupo de fatores que pode dificultar ou facilitar

a acessibilidade se refere às barreiras geográficas (33). A facilidade de acesso e a proximidade física das USF, confirmada pela maioria das famílias que relataram chegar a essas unidades a pé, minimiza os esforços de deslocamento.

Visto constituírem experiências consolidadas de reestruturação da APS, os casos estudados têm como porta de entrada para o sistema de saúde as equipes de SF que atuam em centro de saúde, segundo gestores e a maioria dos profissionais. Além de porta de entrada, os serviços de APS são identificados como o nível de atenção que teria o papel de ordenação dos cuidados. Ainda assim, em três dos municípios estudados, a USF não foi o serviço procurado por mais da metade das famílias em episódio recente de adoecimento. Os resultados indicam que os municípios brasileiros enfrentam problemas que comprometem a condição da APS como porta de entrada preferencial do sistema, como por exemplo, horários restritos de funcionamento, dificuldade de manejo da demanda espontânea e baixa resolutividade. Não menos importante é o fato de que parte dos usuários que afirmaram conhecer a ESF não conhecia o seu local de funcionamento.

O atendimento das demandas programadas ou espontâneas da população para ações de prevenção, tratamento e acompanhamento facilita a constituição da USF como serviço de procura regular. Ter uma fonte regular de cuidados indica que a atenção tornou-se disponível, que a relação é estável e que o acesso é facilitado (34). Logo, é uma importante variável correlacionada à utilização. Em Aracaju, Belo Horizonte e Vitória, aproximadamente 70% das famílias indicaram a USF como serviço de procura regular. Esse percentual supera os relatados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 2008, que aponta ser o posto ou centro de saúde, juntamente com o ACS, o serviço de busca regular para 57% dos moradores que indicaram ter uma fonte regular de cuidados (35). Em relação ao atendimento à demanda programada, a maior parte dos grupos prioritários é acompanhada pelas equipes de SF. Menores percentuais foram observados em relação ao acompanhamento dos diabéticos, apontando necessidade de reforço das ações voltadas a esse grupo.

O acolhimento foi estratégia utilizada para atender à demanda espontânea. Segundo Magalhães Júnior (36), a respon-

sabilização pelo usuário, a ser assumida pelas equipes de SF, depende tanto da existência de fluxos quanto de um caráter ético e humano, de forma que ninguém que procure os serviços de saúde “se sinta desamparado, não acolhido e perdido em um mundo de necessidades, de dúvidas e angústias (. . .)” (p. 194). Essa discussão remonta não apenas a problemas de organização e oferta de serviços, mas à necessidade de reinventar o “jeito” do trabalho em saúde (36).

De todo modo, os resultados revelaram maiores dificuldades para atendimento de demanda espontânea e grupos não prioritários. Mais da metade dos usuários em Aracaju e Belo Horizonte avaliou de forma bastante negativa a possibilidade de marcar consulta médica sem agendamento prévio. Em Aracaju, Florianópolis e Vitória pouco mais da metade dos médicos e enfermeiros concordam que a USF cumpre de fato as funções de pronto-atendimento. Haggerty et al. (14) apontam que as barreiras de acesso ao pronto-atendimento nos serviços de APS são uma fragilidade dos sistemas de saúde latino-americanos, agravada pelas longas filas de espera e dificuldades de integração com a atenção especializada. Esses fatores poderiam explicar o fato de que parte importante dos usuários com experiência recente de adoecimento tenha buscado atendimento em unidades de urgência.

No Brasil, não há consenso sobre qual seria a resolutividade esperada dos serviços de APS. Segundo Vázquez et al. (37), redes integradas de atenção em saúde caracterizam-se por forte função de *gatekeeping* pela APS, já que provavelmente a maior parte dos problemas de saúde pode ser resolvida no primeiro nível de atenção. Cerca de 80% dos profissionais entrevistados em nosso estudo consideraram satisfatória a resolução de 80% ou mais dos casos atendidos, mas aproximadamente 35% das famílias relatam necessidade de buscar um especialista. Ainda assim, foi importante o percentual de famílias que indicaram procurar menos serviços hospitalares e serviços especializados e de urgência após implantação da ESF, o que confirma a hipótese de que a ampliação da oferta de APS minimiza a busca por serviços de urgência como primeiro contato e, ao mesmo tempo, pode indicar ampliação da resolutividade desses serviços.

Outra medida para aumentar a resolutividade das equipes de SF foi ampliar o

acesso ao apoio diagnóstico (rede laboratorial) e terapêutico (assistência farmacêutica ampliada). Contudo, a maior parte dos usuários relatou receber apenas alguns medicamentos. A distribuição de medicamentos aos grupos prioritários foi avaliada de forma mais positiva pelos profissionais, indicando melhor organização do atendimento desses grupos. A coleta de material para exames no serviço de APS é outro elemento que contribui para a percepção de resolutividade e facilita a conformação da USF como serviço de procura regular.

A capacitação dos profissionais foi considerada como eixo estratégico para aumento da resolutividade e para qualificação da APS. De acordo com Rico e Saltman (10), uma melhor formação contribui para aumentar o *status* e a reputação dos profissionais de APS, facilita a cooperação com especialistas e reforça a confiança da população, além de ser essencial para o desempenho das novas atribuições. No Brasil, a formação de recursos humanos é um grande desafio. Somente em 2002 a medicina de família e comunidade foi reconhecida como especialidade médica. De todo modo, a formação de médicos em consonância com as mudanças no modelo de atenção à saúde requer forte regulação do gestor federal quanto à distribuição das vagas de residência médica, conforme observado, por exemplo, na Espanha, cujos sistemas de saúde foram organizados em torno da APS (38). Destaca-se que a baixa credibilidade e o reconhecimento dos profissionais de APS é um obstáculo à coordenação dos cuidados (12). Embora algumas iniciativas dos gestores municipais estejam em curso, a avaliação dos médicos e enfermeiros demonstra que é premente intensificar, em nível local e nacional, estratégias para dar visibilidade ao trabalho e valorizar a atuação dos profissionais da ESF.

Os quatro municípios adotaram o modelo de equipe proposto para a ESF (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS) para o primeiro contato com os usuários. Contudo, nos casos estudados, há especificidades no desenho organizativo, na composição das equipes de SF e no papel das equipes de apoio. Nesses municípios, especialistas da atenção básica atuam como suporte para as equipes de SF. Em Aracaju há unidades com equipes ampliadas de SF que agregam pediatra e ginecologista. Em outras, foram formadas equipes de apoio às

equipes de SF, funcionando, em alguns casos, como referência também para outras unidades básicas do mesmo território. A presença de profissionais de apoio foi considerada um dos diferenciais que facilita a constituição da USF como serviço de procura regular e contribui para ofertar atenção mais oportuna e resolutiva. Entretanto, as novas configurações merecem acompanhamento. Em alguns casos, os profissionais assumem o atendimento de grupos específicos, comprometendo a integralidade da atenção e, de certa forma, reproduzindo o modelo de atendimento de unidades tradicionais. A estratégia de fortalecer os processos de supervisão mais voltados à discussão de casos clínicos e interconsultas com participação dos profissionais de apoio e equipes matriciais pode qualificar a APS e aumentar sua resolutividade sem comprometer o vínculo e a integralidade dos cuidados.

Os quatro municípios, em ritmos diferenciados, descentralizaram ações e programas de saúde pública, sendo a atuação articulada positivamente avaliada pelos médicos e enfermeiros. Além de assumir a assistência propriamente dita, destacou-se a necessidade de descentralizar as atividades de avaliação e monitoramento dos indicadores na lógica da vigilância em saúde.

Entre as limitações deste estudo cabe destacar que as experiências analisadas não podem ser generalizadas para todo o País, que apresenta graus distintos de implementação e cobertura por equipes de SF. Para as áreas não cobertas, formas diversas de organização de APS estão presentes, entre as quais centros de saúde tradicionais, com especialidades básicas, áreas com vazios assistenciais e serviços de pronto-atendimento como primeiro contato. Também não é desprezível a cobertura por seguros privados de saúde, principalmente nos estados das regiões Sul e Sudeste. Para os 42 milhões de brasileiros segurados (39), a atenção de primeiro nível é realizada por meio de acesso direto ao especialista, em um modelo de atenção bastante distinto daquele proposto pela ESF. Outra dificuldade do estudo refere-se à escolha das dimensões e dos indicadores correspondentes, reconhecidamente interrelacionados. Alguns dos indicadores selecionados poderiam compor uma ou outra dimensão de análise.

Por fim, embora os municípios investigados apresentem experiências consoli-

dados de reorganização do modelo assistencial com base em uma APS fortalecida, algumas dificuldades devem ser enfrentadas. A expansão dos serviços e a definição de territórios de atuação diminuem barreiras geográficas de acesso e contribuem para que os serviços se tornem de uso regular, ainda que o tradicional horário de funcionamento não tenha sido modificado pela implantação da ESF. A efetivação da APS como porta de entrada depende do ainda frágil equilíbrio entre atendimento da demanda espontânea e programada. Embora a atenção aos pacientes crônicos constitua um importante desafio aos sistemas de saúde, pela necessidade de coordenação dos cuidados, no interior dos serviços de APS o atendimento aos grupos prioritários parece estar mais consolidado. Abrir as portas da USF buscando equilíbrio entre o cuidado aos doentes e as ações preventivas e promocionais é condição para que a APS se torne serviço de procura regular. O acolhimento, o suporte de especialistas e o apoio matricial podem contribuir para a organização do processo de trabalho das equipes de SF para atender às diversas necessidades de saúde da população e para ampliar a resolutividade. A conquista de apoio e legitimidade para a APS ainda é um tema pendente. Iniciativas para divulgar e promover a ESF entre a população são necessárias para fomentar a comunicação e a cooperação entre os profissionais da rede de serviços de saúde e para construir uma sólida base de apoio ao sistema público de saúde.

Agradecimentos. Os autores agradecem aos gestores, coordenadores de atenção básica da estratégia saúde da família e demais gerentes das secretarias municipais de saúde. Agradecem ainda aos profissionais das equipes de saúde da família e à população entrevistada pela disponibilidade de compartilhar seu conhecimento, experiência e tempo na realização das entrevistas. Ao Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde, agradecemos pelos incentivos e financiamento para a realização deste estudo. Agradecemos também o apoio do *Teasdale-Corti Global Research Partnership Program*, financiado pela *Canadian Global Health Research Initiative*, e de seus organizadores. O artigo expressa a visão dos autores e não necessariamente reflete a posição dos financiadores.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. The World Health Report 2008. Primary Health Care (now more than ever). Geneva: WHO; 2008. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>. Acessado em janeiro de 2011.
- Boerma WGW. Coordination and integration in European primary care. Em: Saltman RS, Rico A, Boerma WGW, eds. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Berkshire: Open University Press; 2007. Pp. 3–21.
- Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E. Improved health system performance through better care coordination. Paris: OECD; 2007.
- Núñez RT, Lorenzo IV, Naverrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*. 2006;20(6):485–95.
- Martínez DH, Navarrete ML, Lorenzo IV. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gac Sanit*. 2009;23(4):280–6.
- Watson DE, Broemeling AM, Reid RJ, Black C. A results-based logic model for primary health care: laying an evidence-based foundation to guide performance measurement, monitoring and evaluation. Vancouver: Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia; 2004. Disponível em: www.chspr.ubc.ca/files/publications/2004/chspr04-19.pdf. Acessado em 14 de janeiro 2010.
- Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003; 327(7425):1219–21.
- Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:65.
- 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):951–63.
- Rico A, Saltman R. Un mayor protagonismo para la atención primaria? Reformas organizativas de la atención primaria de salud en Europa. *Rev Admin Sanit*. 2002;VI(21):39–67.
- Rico A, Saltman R, Boerma WG. Organizational restructuring in European health systems: the role of primary care. *Soc Policy Adm*. 2003;37(6):592–608.
- Gérvás J, Rico A. Innovación en la Unión Europea (UE — 15) sobre la coordinación entre atención primaria y especializada. *Med Clin (Barc)*. 2006;126(17):658–61.
- Feo JJO, Campo JMF, Camacho JG. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? *Rev Adm Sanit*. 2006;4(2):357–82.
- Haggerty JL, Yavich N, Báscolo EP. Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(5):377–84.
- Almeida PF, Giovanella L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cad Saude Publica*. 2008;24(8):1727–42.
- Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde; 2006.
- Brasil, Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família — Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Júnior A, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Cienc Saude Coletiva*. 2006;11(3):633–41.
- Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Family Health: limits and possibilities for an integral primary health care in Brazil. *Cienc Saude Coletiva*. 2009;14(3):783–94.
- Brasil, Ministério da Saúde. Portaria 154/2008. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: www.fadep.rs.gov.br/uploads/1286298438PORTARIA154xNASF.doc. Acessado em 17 de janeiro de 2009.
- Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S, coordenadores. Estudos de caso sobre a implementação da Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. Relatório final — Vitória. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2009. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=9436&Tipo=B>. Acessado em 6 de janeiro 2010.
- Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S, coordenadores. Estudos de caso sobre a implementação da Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. Relatório final — Aracaju. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2009. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=9437&Tipo=B>. Acessado em 6 de janeiro 2010.
- Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S, coordenadores. Estudos de caso sobre a implementação da Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. Relatório final — Florianópolis. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2009. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=9438&Tipo=B>. Acessado em 6 de janeiro 2010.
- Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S, coordenadores. Estudos de caso sobre a implementação da Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. Relatório final — Belo Horizonte. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2009. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=9439&Tipo=B>. Acessado em 6 de janeiro 2010.
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Starfield B, org. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.
- Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saude Publica*. 2010;26(2):286–98.
- Prefeitura Municipal de Florianópolis, Secretaria Municipal de Saúde, Gabinete do Secretário. Portaria/SS/GAB/Nº 283/2007. Florianópolis: Secretaria Municipal da Saúde. Disponível em: www.pmf.sc.gov.br/saude/portarias/2007/. Acessado em 3 de janeiro de 2009.
- Macinko J, Starfield B, Erinosh T. The impact of primary healthcare on population health in low — and middle — income countries. *J Ambul Care Manage*. 2009;32(2):150–71.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457–502.
- Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*. 1974;9(3):208–20.
- Donabedian A. Capacity to produce service in relation to need and demand. Em: Donabedian A, ed. Aspects of medical care administration. Cambridge: Harvard University Press; 1973. Pp. 418–34.
- Hulka BS, Wheat JR. Patterns of utilization. The patient perspective. *Med Care*. 1985;23(5):438–60.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Um panorama da saúde no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
- Magalhães Junior HM. O desafio de construir e regular redes públicas, com integralidade, em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas/Faculdade de Ciências Médicas; 2006.
- Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, Mogollón A, Silva MRF, Paepe P. Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(4):360–7.
- Harzheim E, Vicente VC, Pitz PB. La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina y Europa. Disponível em <http://www.eurosocialsalud.eu/files/docs/00649.pdf>. Acessado em 23 de agosto de 2010.
- Brasil, Ministério da Saúde. DATASUS. Disponível em: <http://anstabnet.ans.gov.br/main.jsp?lumChannelId=8A9588D425FEC1700126057CFDC40CCD>. Acessado em 4 de janeiro de 2011.

Manuscrito recebido em 23 de maio de 2010. Aceito em versão revisada em 4 de outubro de 2010.

Strengthening primary health care: a strategy to maximize coordination of care**ABSTRACT**

Objective. To describe and analyze the actions developed in four large cities to strengthen the family health strategy (FHS) in Brazil.

Methods. Case studies were carried out in Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis, and Vitória based on semi-structured interviews with health care managers. In addition, a cross-sectional study was conducted with questionnaires administered to a sample of FHS workers and services users.

Results. Actions needed to strengthen primary health care services were identified in all four cities. These include increasing the number of services offered at the primary health care level, removing barriers to access, restructuring primary services as the entry point to the health care system, enhancing problem-solving capacity (diagnostic and therapeutic support and networking between health units to organize the work process, training, and supervision), as well as improving articulation between surveillance and care actions.

Conclusions. The cities studied have gained solid experience in the reorganization of the health care model based on a strengthening of health primary care and of the capacity to undertake the role of health care coordinator. However, to make the primary care level the customary entry point and first choice for users, additional actions are required to balance supplier-induced and consumer-driven demands. Consumer-driven demand is the biggest challenge for the organization of teamwork processes. Support for and recognition of FHS as a basis for primary health care is still an issue. Initiatives to make FHS better known to the population, health care professionals at all levels, and civil society organizations are still needed.

Key words

Primary health care; family health program; organization and administration; Brazil.
