

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**ESTRATÉGIAS DE COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS:
FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E
INTEGRAÇÃO ENTRE NÍVEIS ASSISTENCIAIS EM GRANDES
CENTROS URBANOS**

por

Patty Fidelis de Almeida

Orientadora:

Dr^a Lígia Giovanella

Rio de Janeiro
Maio/2010



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**ESTRATÉGIAS DE COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS:
FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E
INTEGRAÇÃO ENTRE NÍVEIS ASSISTENCIAIS EM GRANDES
CENTROS URBANOS**

Tese apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública da
Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz
como requisito parcial para obtenção
do título de Doutor em Saúde Pública

Rio de Janeiro
Maio/2010

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

A447 Almeida, Patty Fidelis de
Estratégias de coordenação dos cuidados: fortalecimento da
atenção primária à saúde e integração entre níveis assistenciais em
grandes centros urbanos. / Patty Fidelis de Almeida. Rio de Janeiro :
s.n., 2010.
xvii, 142 f., tab.

Orientador: Giovanela, Lígia
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2010

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Programa Saúde da Família.
3. Assistência Integral à Saúde. 4. Zonas Urbanas. 5. Integração de
Sistemas. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.1

[Folha do examinador]

Tese apresentada à Banca Examinadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca como exigência parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública, sob orientação da Prof^a Dr^a Lígia Giovanella.

Dr^a Eleonor Minho Conill

Dr. Helvécio Miranda Magalhães Júnior

Dr^a Maria Helena Magalhães de Mendonça

Dr^a Sarah Maria de Moraes Escorel

Dr^a Márcia Cristina Rodrigues Fausto (suplente)

Dr. Erno Harzhein (supletente)

Orientadora: Lígia Giovanella

Aos usuários, profissionais, gestores e a todos que acreditam e lutam cotidianamente e persistentemente pela construção do Sistema Único de Saúde.

À minha família, sempre...

AGRADECIMENTOS

À querida Lígia Giovanella muito mais que uma orientadora, pelas oportunidades, incentivo, mas principalmente pelo exemplo e parceria.

Aos usuários, gestores e profissionais atores principais deste trabalho aos quais dedico minha tese.

Aos queridos Juan Gérvas e José Manuel Freire pela acolhida e generosidade durante os seis grandes meses que passei em Madri.

Ao Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde pelo financiamento que viabilizou a realização do estudo. À CAPES pela concessão da bolsa de estágio no exterior.

À toda equipe de pesquisadores que construíram os estudos de casos pela interlocução valiosa e oportunidade única de produzir uma tese escrita a tantas mãos. À todos que fazem parte do Nupes, onde sempre me sinto em casa.

Aos componentes da minha banca de qualificação e de defesa pelas contribuições valiosas para o aprimoramento deste trabalho.

Aos meus companheiros de “repartição” do Instituto Nacional de Câncer pela força e compreensão nesta reta final.

Aos amigos da turma de doutorado 2006 especialmente à querida Marcelita, André, Monireh, Letícia, Nádia, Carlos, Márcia e todos os outros.

RESUMO

A coordenação dos cuidados é um tema pendente tanto para os países europeus, quanto para países latinoamericanos. Mudanças no perfil epidemiológico, sobretudo, predomínio das doenças crônicas e a reconhecida fragmentação dos sistemas de saúde e a descontinuidade na prestação do cuidado tornaram premente a busca de soluções. A coordenação dos cuidados pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações relacionados à atenção em saúde de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum. O presente estudo teve por objetivo descrever e analisar o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de coordenação dos cuidados em municípios brasileiros com experiências exitosas de expansão e consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) com base em dois eixos: “fortalecimento da Atenção Primária à Saúde” (APS) e “integração entre níveis assistenciais”. Partiu-se de duas premissas. Somente uma APS fortalecida em seus atributos essenciais poderia assumir a coordenação dos cuidados. Logo, nos interessou saber quais as iniciativas empreendidas pelos municípios brasileiros para fortalecer a ESF. Segundo, sendo a integração da rede um elemento necessário para alcançar melhor coordenação dos cuidados, quais as estratégias e instrumentos desenvolvidos por grandes centros urbanos para integrar a ESF aos demais níveis do sistema? Os municípios analisados foram Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória. A consolidação de uma APS “forte” foi avaliada pela posição ocupada pela ESF no sistema de saúde, capacidade de resolução, reconhecimento profissional e social de seus trabalhadores, descentralização das ações de saúde coletiva para a APS e conseqüentes reflexos no acesso e utilização dos serviços. As estratégias de integração entre níveis assistenciais foram descritas e analisadas com base na identificação das estruturas de regulação da rede de serviços de saúde, instrumentos de integração e de continuidade informacional e organização de fluxos. Neste estudo não tivemos como objetivo medir ou avaliar a coordenação dos cuidados em si, mas descrever e analisar elementos que contribuam para sua consecução. Os resultados apresentados são produtos de três fontes principais, trianguladas para responder às perguntas de investigação: entrevistas com gestores e estudos transversais com aplicação de questionários a amostra de famílias cadastradas e profissionais das equipes de Saúde da Família. Os resultados apontam que em todos os municípios foram identificadas ações para fortalecer as estruturas de APS no contexto do Sistema Único de Saúde, em etapas distintas de implementação. As iniciativas mais exitosas foram aquelas que buscaram ampliar a acessibilidade, consolidar a função de porta de entrada, aumentar sua capacidade resolutiva e articular medidas de saúde

pública, vigilância e assistência. Ainda assim, permanecem desafios para melhor equalizar atendimento à demanda espontânea e à programada de forma mais resolutiva e para tornar a Unidade de Saúde da Família o serviço de uso regular. A baixa credibilidade e o insuficiente reconhecimento dos profissionais de atenção primária representam obstáculo à coordenação dos cuidados por esse nível de atenção. Em relação à integração da rede, estratégias semelhantes, com resultados diferenciados, foram encontradas nos quatro casos como investimentos em sistemas informatizados e descentralizados de regulação, monitoramento das filas de espera, aumento da oferta de serviços próprios municipais, implantação de protocolos clínicos e prontuários eletrônicos. Ainda assim, a ausência de regulação e de fluxos formais para a atenção hospitalar torna incompleto o processo de integração da rede. A insuficiência na oferta de atenção especializada, agravada pela pouca integração entre prestadores estaduais e municipais foi outra dificuldade identificada. A quase ausência de contra-referência também minimiza as possibilidades de coordenação dos cuidados pela equipe de APS. O retrato oferecido pela pesquisa mostra que Belo Horizonte e Vitória apresentaram sistematicamente melhores resultados na avaliação de profissionais e usuários em relação aos dois eixos de análise. Pode-se afirmar que a APS se fortaleceu e está mais integrada à rede nos casos estudados, embora ainda não seja a coordenadora de todo o ciclo de cuidados. A necessidade de estabelecer objetivos comuns, de forma que o cuidado em saúde tenha o usuário como centro e seja organizado de acordo com suas expectativas pessoais e necessidades em saúde, componentes do atributo da coordenação, aponta alguns caminhos para a construção de um Sistema Único de Saúde mais equânime, de melhor qualidade e voltado às necessidades de saúde da população.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, coordenação dos cuidados, fortalecimento da APS, integração.

ABSTRACT

Coordination of care is an issue pending in both European and Latin American countries. Changes in epidemiological profile, particularly the predominance of chronic diseases, plus the acknowledged fragmentation in health systems and discontinuity in care, recommend urgent solutions. Coordination of care can be defined as an interrelationship among healthcare-related services and actions such that, regardless of where they occur, they are synchronised and directed to achieving a common purpose. The intention of this study was to describe and analyse the development of strategies and instruments for coordinating care in Brazilian municipalities with successful experience in expanding and consolidating the Family Health Strategy (*Estratégia Saúde da Família*, ESF) through two key axis: “strengthening Primary Health Care” (PHC) and “integrating among levels of care”. The study rests on two assumptions. Firstly, only PHC that is strong in its essential attributes will be capable of coordinating care. It was therefore of interest to learn what measures Brazilian municipalities had taken to strengthen the ESF. Secondly, given that system integration is a necessary element for achieving improved coordination of care, what strategies and instruments have been developed for integrating the ESF with the other system levels in major urban centres? The municipalities studied were Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis and Vitória. Whether or not “strong” PHC had been established was evaluated in terms of the position the ESF occupied in the health system, its resolution capacity, professional’s and social’s recognition of health workers, the decentralisation of collective health measures to PHC and the consequences as reflected in service access and use. Strategies for integration among levels of care were described and analysed by identifying structures for regulating the health service system, instruments for information integration and continuity, and flow organisation. This study was not intended to measure or evaluate coordination of care as such, but to describe and analyse elements that contribute to that end. The results presented draw on three main sources – interviews of managers and transverse studies using questionnaires applied to samples of families enrolled and Family Health team workers – which were triangulated to answer the research questions. The results show that measures to strengthen PHC structures were identified, at different stages of implementation, in the context of the Unified Health System (*Sistema Único de Saúde*, SUS) in all the municipalities. The most successful initiatives were those seeking to expand accessibility, consolidate the gateway function, increase resolution capacity and coordinate among public health, surveillance and care measures. Nonetheless, challenges remain for care to meet spontaneous demand better and to be planned to achieve

higher rates of resolution and make the Family Health Unit the service of first resort. Primary health care workers' low credibility and lack of professional recognition represent obstacles to coordination of care through this service level. As regards system integration, similar strategies with differing outcomes were encountered in the four cases, such as investment in computerised, decentralised regulation systems, waiting list monitoring, increased supply of the municipalities' own services, and introduction of clinical protocols and electronic patient records. All the same, the lack of regulation and of formal flows for hospital care renders the process of network integration incomplete. Another difficulty identified was insufficient supply of specialised care, aggravated by the low degree of integration among state and municipal providers. The near absence of counter-referral also lessens the likelihood of care being coordinated by the PHC team. The picture offered by the study shows that Belo Horizonte and Vitória score systematically better in health workers' and users' evaluations as regards the two dimensions of analysis. PHC has been strengthened and is better integrated into the health system in the cases studied, although it is not yet coordinating the overall care cycle. The need to set common goals, so that health care centres on users and is organised to meet their personal expectations and health needs, which are components of the coordination function, signals some paths to building a Unified Health System that is more equitable, higher quality and directed to the health needs of the population.

Key-words: Primary Health Care, coordination of care, strengthening Primary Health Care, integrating

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
INTRODUÇÃO	2
CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	4
OBJETIVO GERAL	9
Objetivos Específicos.....	9
METODOLOGIA	9
Municípios selecionados.....	13
Dimensões de análise.....	14
Instrumentos de pesquisa.....	20
Desenho da amostra de profissionais de saúde e famílias.....	23
Análise dos dados selecionados.....	25
Apresentação da tese.....	28
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
ARTIGO 1. AVALIAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL: MAPEAMENTO E ANÁLISE DAS PESQUISAS REALIZADAS E/OU FINANCIADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE ENTRE OS ANOS DE 2000 E 2006	34
INTRODUÇÃO	36
MÉTODOS	37
RESULTADOS	40
Estudos Linha de Base do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família.....	40
Edital MCT-CNPq/MS- DAB/SAS – Nº 49/2005.....	43
Estudos de apoio à expansão do PSF.....	44
DISCUSSÃO	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ARTIGO 2: FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTRATÉGIA PARA POTENCIALIZAR A COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS	60
INTRODUÇÃO	61
MATERIAIS E MÉTODOS	63
RESULTADOS	67
Posição ocupada pela APS no sistema de saúde.....	67
Acesso à Unidade de Saúde da Família.....	68
Capacidade de resolução da APS.....	70
Descentralização das ações e programas de saúde pública/coletiva para as unidades de APS.....	74
Reconhecimento profissional e social em APS.....	74
Utilização dos serviços de APS pelas famílias cadastradas.....	75
DISCUSSÃO	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82

ARTIGO 3. DESAFIOS À COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE: ESTRATÉGIAS DE INTEGRAÇÃO ENTRE NÍVEIS ASSISTENCIAIS EM GRANDES CENTROS URBANOS.....	85
INTRODUÇÃO.....	87
METODOLOGIA.....	89
RESULTADOS.....	92
Estrutura organizacional e administrativa do setor de regulação da rede de serviços de saúde.....	92
Instrumentos de integração dos serviços de saúde.....	92
Organização dos fluxos para atenção especializada, hospitalar e de urgência/emergência.....	95
Acesso e utilização dos serviços de atenção especializada e hospitalar.....	99
Instrumentos para continuidade informacional.....	101
DISCUSSÃO.....	102
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	105
ARTIGO 4. ESTRATÉGIAS DE INTEGRAÇÃO ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ATENÇÃO ESPECIALIZADA: PARALELOS ENTRE BRASIL E ESPANHA.....	107
INTRODUÇÃO.....	109
PERCURSO METODOLÓGICO.....	113
RESULTADOS.....	115
Integração entre níveis assistenciais no Brasil.....	115
Integração entre níveis assistenciais na Espanha.....	119
DISCUSSÃO.....	125
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	127
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	130
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	140
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	142
ANEXOS.....	149
PROTEÇÃO SOCIAL EM SAÚDE NA ESPANHA: A CONSTRUÇÃO DO <i>SISTEMA NACIONAL DE SALUD</i>	150
A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ESPANHA.....	152
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	155

LISTA DE QUADROS E TABELAS

INTRODUÇÃO

Tabela 1 – Critérios de seleção e características dos municípios estudados, 2007.....	13
Tabela 2 – Dimensões, variáveis e indicadores do eixo “Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde”, quatro grandes centros urbanos, 2008.....	16
Tabela 3 – Dimensões, variáveis e indicadores do eixo “Integração entre níveis assistenciais”, quatro grandes centros urbanos, 2008.....	18
Tabela 4 – Tamanho da amostra de médicos, enfermeiros, ACS e famílias por município de pesquisa, 2008.....	24
Tabela 5 – Número de entrevistas previstas e realizadas por tipo de questionário nos municípios selecionados, 2008.....	25
Tabela 6 – Questionários aplicados a médicos, enfermeiros e famílias cadastradas por município – 2008.....	25

ARTIGO 1

Quadro 1 – Estudos Linha de Base do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf), descrição preliminar segundo metodologia utilizada – Brasil – 2006.....	42
Tabela 1 – Pesquisas financiadas pelo Edital MCT-CNPq/MS-DAB/SAS nº 49/2005 segundo área temática e tipo de estudo – Brasil – 2006.....	44
Quadro 2 – Pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde em avaliação da Atenção Básica segundo instituição executora, metodologia utilizada e atores envolvidos – 2000 a 2006 – Brasil.....	49
Quadro 3 – Pesquisas realizadas ou financiadas pelo Ministério da Saúde em avaliação da Atenção Básica segundo critérios selecionados – 2000 a 2006 – Brasil.....	53

ARTIGO 2

Tabela 1 – Dimensões, variáveis e indicadores do eixo “Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde”, quatro grandes centros urbanos, 2008.....	66
Tabela 2 – Indicadores de fortalecimento das estruturas de Atenção Primária à Saúde (APS) segundo médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família, quatro grandes centros urbanos, 2008.....	69
Tabela 3 – Indicadores de acesso e capacidade de resolução da ESF segundo famílias cadastradas por Equipes de Saúde da Família, quatro grandes centros urbanos, 2008.....	73
Tabela 4 – Indicadores de utilização da ESF segundo famílias cadastradas por Equipes de Saúde da Família, quatro grandes centros urbanos, 2008.....	77

ARTIGO 3

Quadro 1 – Dimensões, variáveis e indicadores do eixo “Integração entre níveis assistenciais”, quatro grandes centros urbanos, 2008.....	91
Quadro 2 – Estratégias e características do processo de integração entre os níveis assistenciais segundo gestores e gerentes, quatro grandes centros urbanos, 2008.....	95
Tabela 1 – Indicadores de integração entre níveis assistenciais segundo médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família, quatro grandes centros urbanos, 2008.....	98

Tabela 2 – Indicadores de acesso e utilização de serviços de atenção especializada segundo famílias cadastradas por Equipes de Saúde da Família, quatro grandes centros urbanos, 2008.....	101
--	-----

ARTIGO 4

Quadro 1 – Características gerais dos sistemas de saúde – Brasil e Espanha, 2009.....	111
Quadro 2 – Características da Atenção Primária à Saúde – Brasil e Espanha, 2009.....	113
Quadro 3 – Características e estratégias de integração entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada segundo gestores e gerentes – Brasil e Espanha, 2009.....	124

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
APS	Atenção Primária à Saúde
ASSIR	Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva
ASSS	Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social
CA	Comunidade Autônoma
CEP	Conselho de Ética em Pesquisa
CEMAR	Centro de Especialidades Médicas de Aracaju
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CSPRO	Census and Survey Processing System
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAPS	Departamento de Administração e Planejamento em Saúde
CAAB	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica
CAPES	Coordenação Aperfeiçoamento de Nível Superior
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
ENSP	Escola Nacional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MCT	Ministério de Ciência e Tecnologia
MF&C	Medicina de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde

NASF	Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
NUPES	Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde
NUPLAN	Núcleo de Planejamento
OECD	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PAC	Pontos de Atenção Continuada
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PCAT	Primary Care Assessment Tool
PDEE	Programa de Doutorado com Estágio no Exterior
PMA	Prefeitura Municipal de Aracaju
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNI	Programa Nacional de Imunização
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SF	Saúde da Família
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISREG	Sistema de Regulação

SMSA	Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Salud
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
UE	União Européia
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

*...que a importância de uma coisa não se mede com
fita métrica nem com balanças nem barômetros etc.
Que a importância de uma coisa há que ser medida
pelo encantamento que a coisa produza em nós.*

Manuel de Barros
“Memórias Inventadas: a segunda infância”

APRESENTAÇÃO

Esta Tese de Doutorado buscou identificar e analisar estratégias de coordenação dos cuidados desenvolvidas em grandes centros urbanos brasileiros com experiências consolidadas de implementação da Estratégia Saúde da Família (Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória) por meio de dois eixos: fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e integração entre níveis assistenciais. Partiu-se da premissa que os serviços de APS, fortalecidos em seus atributos essenciais, são os mais adequados para assumir a função de coordenação dos cuidados ao interior dos serviços de saúde. Assim, nos interessou investigar as estratégias municipais para fortalecimento da Estratégia Saúde da Família. A existência de instrumentos de integração entre os distintos níveis de atenção também foi considerada componente essencial para alcance da coordenação dos cuidados, constituindo-se no segundo eixo de análise.

Os resultados deste trabalho estão apresentados sob o formato de quatro artigos, antecedidos pela contextualização do problema de pesquisa, objetivos, perguntas de investigação e metodologia apresentados no texto introdutório. O primeiro artigo, já publicado, apresentou mapeamento e análise das pesquisas de monitoramento e avaliação da APS realizadas e/ou financiadas pelo gestor federal entre os anos de 2000 a 2006, identificando-se objetivos, enfoque priorizado, metodologias, estratégias de divulgação dos resultados e atores envolvidos.

O segundo artigo identifica as ações empreendidas nos quatro centros urbanos para fortalecer a Estratégia Saúde da Família, analisadas pela posição ocupada no sistema de saúde, capacidade de resolução, reconhecimento profissional e social dos profissionais de APS, descentralização das ações de saúde coletiva para as equipes de Saúde da Família e conseqüentes reflexos no acesso e utilização dos serviços por parte da população.

O terceiro artigo, também já publicado, apresenta descrição e análise dos instrumentos de coordenação desde a Estratégia Saúde da Família aos demais níveis do sistema de saúde com foco em medidas pró-coordenação vinculadas à integração entre níveis assistenciais.

O quarto artigo é resultado de estudo realizado em três Comunidades Autônomas espanholas e apresenta estratégias desenvolvidas por este país para enfrentar o desafio da coordenação dos cuidados, cotejando algumas comparações com a experiência brasileira.

A síntese e articulação dos resultados apresentados nos artigos estão contempladas nas considerações finais.

INTRODUÇÃO

Estudos apontam que sistemas orientados pela Atenção Primária à Saúde (APS) apresentam resultados positivos em relação à provisão de melhores cuidados em saúde para suas populações, tanto no que se refere ao alcance de maior equidade e eficiência quanto em relação à continuidade da atenção e satisfação dos usuários^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8}. Além disso, há um certo consenso de que a atenção primária deve constituir-se como base do sistema de saúde com capacidade para organizá-lo em sua totalidade^{9, 10, 4}.

Apesar das evidências, é marcante a diversidade na forma como as políticas e ações foram implementadas, variando desde propostas de “APS seletiva” que predominaram nos países da América Latina, até a constituição de sistemas de saúde nos quais a atenção primária representa o primeiro contato dos usuários com os serviços, com ênfase na clínica e nos cuidados individuais, preventivos ou curativos, como no caso da maior parte da Europa¹⁰. Ainda assim, é possível observar movimentos de reforma da APS tanto em países europeus quanto latinoamericanos motivados, sobretudo, pelas novas demandas colocadas pela prevalência das enfermidades crônicas, fragmentação da atenção prestada, necessidade de melhor gestão dos recursos e da qualidade dos serviços de saúde^{8, 10, 11, 12}.

No Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição de 1988, pautado pelas diretrizes da descentralização, integralidade e participação popular, tornou viável o desenvolvimento de experiências locais que buscaram superar o modelo de atenção de base previdenciária, privatista e curativo instituído durante o regime militar, reconhecidamente ineficiente e causador de grandes iniquidades¹³. Neste contexto, a Atenção Básica à Saúde (ABS), denominação que corresponderia ao que a literatura internacional tem chamado de Atenção Primária à Saúde, vem sofrendo e provocando inovações importantes. Em 1994, foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS) o “Programa Saúde da Família” (PSF). Inicialmente formulado como um programa vertical, orientado a populações de risco gerando questionamentos quanto ao caráter focalizador¹⁴, ao final dos anos de 1990, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi assumida pelo governo brasileiro como proposta de reorganização do sistema de saúde na perspectiva da implementação de uma APS abrangente. É atualmente definida pelo MS como um conjunto de ações de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde nas dimensões coletiva e individual, por meio de ações gerenciais e sanitárias participativas e democráticas, trabalho em

equipe, responsabilização sanitária, base territorial, resolução dos problemas de saúde mais frequentes e relevantes em determinado contexto¹⁵.

Além de ampliar acesso, a ESF incorporou como uma de suas diretrizes a definição de porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, aliada ao desenvolvimento de ações de promoção de saúde, prevenção de agravos, formação de equipe multiprofissional, maior participação social e intersetorialidade¹⁵. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹⁵, além das diretrizes gerais da ABS, a Estratégia Saúde da Família deve pautar suas ações em cinco princípios: a) caráter substitutivo cujo objetivo não é criar novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas dos mesmos, mas substituir práticas convencionais de assistência à saúde; b) atuação territorial com a realização de cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde, pactuadas com a comunidade e voltadas ao cuidado individual e familiar ao longo do tempo de forma pró-ativa; c) desenvolvimento de atividades em função do planejamento local com base no diagnóstico situacional, focadas na família e comunidade; d) busca de integração com instituições e organizações sociais para o estabelecimento de parcerias; e e) ser um espaço de construção de cidadania¹⁵.

Passadas mais de uma década da implementação da ESF no Brasil, a coordenação dos cuidados permanece como um desafio ao sistema de saúde. No país, o tema ganhou importância *pari passu* à expansão da Saúde da Família (SF) e se reflete 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 e/ou dificultavam sua expansão, com privilégio da perspectiva de gestores e profissionais¹⁶. A partir do ano de 2004 atributos como porta de entrada, coordenação e longitudinalidade passaram a constituir não apenas foco de estudos avaliativos^{17,18,19,20} mas também alvo de políticas federais específicas como, por exemplo, a Portaria que instituiu os Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF)²¹ com o objetivo de: “*ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica*” (p.38). A criação dos NASFs em 2008 corrobora as diretrizes do Pacto pela Saúde²² e da Política Nacional de Atenção Básica¹⁵ considerando o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, reconhecida como eixo reorganizador da atenção básica, elemento fundamental para que este nível assumira a coordenação dos cuidados.

CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Discussões e problemas vinculados à coordenação, integração da rede e ausência de comunicação e cooperação entre prestadores de serviços de saúde não constituem temas novos. Contudo, mudanças recentes em relação às demandas e necessidades da população tornaram premente o alcance de soluções²³. Neste sentido, a busca de melhor coordenação dos cuidados vem recebendo ampla atenção nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) e países da União Européia (UE). Entre as razões estão o reconhecimento da fragmentação na oferta dos serviços de saúde em parte causada pela especialização da prática médica, que contribui para que o paciente transite por diferentes prestadores ao longo de um mesmo episódio de doença, e o crescimento da prevalência de doenças crônicas, que exigem maior contato com os serviços de saúde e outros equipamentos da rede de apoio social em um contexto de pressão por otimização das relações custo-efetividade^{12,23,24}.

Os ritmos de implantação de reformas têm sido diferenciados entre os países a depender do modelo de proteção social^{11,24}. Estudo realizado em países da OECD¹² aponta que os temas relacionados à coordenação dos cuidados estão bastante difundidos entre *policy makers*, prestadores de saúde e público em geral. Contudo, freqüentemente, maior ênfase é dada a discussões sobre estratégias para assistência aos casos agudos de doença e ao atendimento individual. Conforme destacam Conill e Fausto¹¹, os serviços de saúde respondem às doenças crônicas hoje prevalentes, com a mesma lógica de atenção aos casos agudos. Neste sentido, mudanças na arquitetura dos sistemas de saúde pressionam pelo desenvolvimento de mecanismos de coordenação dos cuidados que dependem de uma ampla gama de esforços ou de políticas específicas que incentivem a atenção centrada no paciente¹². Na UE desde a década de 1990 reformas pró-coordenação vêm sendo implementadas, sobretudo voltadas ao fortalecimento do primeiro nível de atenção^{10,24}.

Na região da América Latina ainda são incipientes as reformas centradas na coordenação dos cuidados, o que se reflete no reduzido número de estudos que tratam deste tema. Segundo Conill e Fausto¹¹ a histórica segmentação e fragmentação da maior parte dos sistemas de saúde latinoamericanos, com oferta de APS seletiva, fragilizaram aspectos como a constituição de redes integradas e a continuidade do cuidado. Embora estes países também enfrentem o desafio das mudanças no perfil epidemiológico dos diversos grupos populacionais, somado aos problemas decorrentes de uma situação social e econômica desfavorável, as reformas dos sistemas de saúde centraram-se mais nos componentes jurídico-legais, na gestão e

financiamento do que em aspectos relativos a mudanças do modelo assistencial. Ainda assim, no bojo do recente movimento de valorização e defesa da concepção abrangente de APS, com avanços importantes no aumento do acesso, parecem ser promissoras iniciativas pró-coordenação, principalmente no que se refere à integração horizontal entre os serviços¹¹. Segundo as autoras, nestes países, embora com diferenciados graus de implementação, as principais estratégias para a integração dos sistemas de saúde estiveram relacionadas à territorialização dos serviços e adscrição de clientela, informatização de histórias clínicas, centrais de marcação de consultas, equipes de especialistas como apoio para a APS, criação de redes com gestão regional e/ou municipal¹¹.

A coordenação dos cuidados pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações relacionados à atenção em saúde de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum^{12,25}. Embora não seja sinônimo de integração, a coordenação dos cuidados sustenta-se na existência de ações integradas entre prestadores de serviços de diferentes níveis ou ao interior de um mesmo nível, como no caso da APS, de modo que distintas intervenções sejam percebidas e experienciadas pelo usuário de forma contínua, adequadas as suas necessidades de atenção em saúde e compatível as suas expectativas pessoais²⁶. Logo, a coordenação seria um atributo organizacional dos serviços de saúde que se traduz na percepção de continuidade na perspectiva do usuário^{7,27}. Segundo Haggerty et al.²⁷ apesar da importância do tema predomina uma certa confusão teórica e a utilização indiscriminada dos termos continuidade assistencial, coordenação, integração de serviços, bem como diversas formas de mensurá-la. Os autores reafirmam que continuidade não é um atributo dos prestadores ou organizações, mas como um paciente experencia a coordenação entre os serviços de saúde, sendo a unidade de medida individual. Ressaltam, contudo, que em medicina de família, melhor coordenação dos cuidados incorre em melhor continuidade. Diversos estudos mostram associação positiva entre coordenação e continuidade. Revisão de literatura realizada por Kringos et al.⁷ encontrou consistente relação entre coordenação e melhor qualidade da atenção, maior eficiência e menores custos. Satisfação dos profissionais e pacientes também foi associada à coordenação.

Segundo Gérvas e Rico²⁴ as relações de coordenação entre o mesmo nível de atenção são menos conflitivas do que aquelas entre diferentes níveis, que exigem para sua resolução definição de tarefas e, às vezes, redefinição do desenho organizacional. A esta capacidade de dividir tarefas para maximizar os resultados na produção de determinado bem ou serviço os autores chamam “coordenação”. Na prática, o desempenho desta função tem alto custo econômico e humano. Em relação aos sistemas de saúde, consideram que sem coordenação é

difícil alcançar objetivos como continuidade dos cuidados, melhoria da qualidade, resolução de problemas no nível mais adequado, equidade e eficiência. A divisão de tarefas e integração dinâmica do trabalho pode ser obtida tanto por acordos formais quanto informais. Por sua vez, a integração pode ser vertical, entre os níveis de um sistema de saúde; horizontal, que acontece entre profissionais e prestadores do mesmo nível; e intersetorial que acontece entre os setores sanitário, social, educacional, jurídico, entre outros²⁸.

Segundo Calnan et al.²³ a literatura sugere que tradicionais barreiras para a coordenação da atenção situam-se: na separação entre administração (*management*) e *governance*, sendo os cuidados em saúde e os serviços de assistência social localizados em diferentes partes do setor público; na existência de diferentes proprietários dos serviços de saúde (público/privado); na atomização e competição entre prestadores; em rivalidades entre profissionais e entre categorias; e em problemas relativos à implantação e operacionalização de instrumentos de coordenação como prontuários, comunicação entre equipes, entre outros. Boerma²⁶ também aponta as dificuldades para alcançar a cooperação e o trabalho em equipe como um dos principais entraves à coordenação dos cuidados pela APS.

Para Ojeda et al.²⁹ a falta de coordenação entre APS e atenção especializada pode favorecer erros de diagnósticos e tratamento, com conseqüências graves para o paciente, principalmente para os que sofrem de patologias crônicas, além de provocar uma visão negativa acerca do funcionamento do sistema de saúde. Quando não há um *continuum* na atenção oferecida ao paciente, a eficiência é comprometida, inclusive ao nível hospitalar com a constituição de longas filas de espera e repercussões negativas para o sistema em seu conjunto. Para os médicos a ausência de coordenação também impede a visão do sistema como um único prestador, capaz de resolver os problemas de saúde dos pacientes de forma integral.

Hofmarcher et al.¹² em estudo realizado com *policy makers* dos países da OECD e revisão da literatura identificam quatro áreas nas quais processos de reforma podem potencializar a capacidade dos sistemas de saúde em melhorar a coordenação dos cuidados e contribuir para a melhoria do desempenho dos serviços de saúde quanto à qualidade e relação custo-efetividade. O primeiro grupo sugere que a coordenação pode ser facilitada pela melhor transferência de informações e ampla utilização das “Tecnologias de Informação e Comunicação” (TICs). Um requisito necessário seria o aprimoramento da coleta e disseminação das informações sobre o paciente, o que poderia evitar, por exemplo, a duplicação de exames e propiciar o desenvolvimento de indicadores de desempenho dos prestadores. Apesar disso, os resultados do estudo apontam que somente alguns países dispõem de tecnologias adequadas. O uso das

TICs foi considerado positivo também para melhorar a qualidade da assistência prestada, embora a troca deste tipo de informações seja ainda menos frequente¹².

Um segundo grupo de intervenções com potencial impacto sobre a coordenação dos cuidados refere-se à revisão dos “padrões de alocação de recursos na atenção de primeiro nível”¹². Uma das razões seria o progressivo deslocamento da atenção hospitalar para um conjunto de cuidados ambulatoriais. Além disso, o financiamento separado por níveis pode contribuir para a fragmentação do sistema por meio de barreiras de gestão como gerências separadas e divisão vertical de responsabilidades entre prestadores.

Os diferentes esquemas de pagamento também influenciam o comportamento dos prestadores, com impactos sobre a coordenação. Países com sistemas de pagamento *fee-for-service* para cuidados especializados são os que apresentam maiores problemas em relação a conseguir melhor grau de coordenação. Países com esquemas mistos de pagamento, com combinação de *fee-for-service*, capitação e/ou salários, no nível especializado e para atenção de longa duração são os que apresentam menores problemas. Segundo os autores, todos os esquemas de pagamento oferecem vantagens e desvantagens em algum grau. Ao mesmo tempo em que sistemas do tipo *fee-for-service* podem induzir o aumento da oferta de serviços, poderiam incentivar procedimentos necessários como a visita domiciliar. Outros esquemas como capitação e salários podem conduzir à baixa provisão de serviços, listas de espera, além de encorajar as referências para as especialidades. Esquemas mistos parecem tornar problemas de coordenação menos prováveis. Outro achado do estudo é que nos países pesquisados existem poucos incentivos contratuais, que encorajem a coordenação dos cuidados¹². Conforme ressaltam Gérvas e Rico²⁴ não há uma fórmula para definir regras de financiamento que promovam a coordenação. Uma orientação seria combinar o pagamento por procedimentos clínicos propriamente ditos a um incentivo vinculado à responsabilidade pela gestão e coordenação.

O terceiro conjunto de medidas pró-coordenação e provavelmente o mais importante, segundo Hofmarcher et al.¹², refere-se às “mudanças nos modelos de cuidado ambulatorial” para atender às demandas colocadas pelas doenças crônicas. Segundo Calnan et al.²³ há uma tendência de substituição de cuidados antes oferecidos em hospitais ou instituições para o conjunto de equipamentos ambulatoriais. O pressuposto é que profissionais da APS têm melhores condições de atender às demandas desta população, ao mesmo tempo em que, equipes multiprofissionais podem prover assistência mais coerente, principalmente a portadores de múltiplas patologias, a depender do escopo e limite das práticas exercidas por profissionais não médicos. Percebe-se que restrições às atribuições profissionais, como no caso da enfermagem,

limitam a capacidade de desenvolver atividades de coordenação. Neste sentido, Calnan et al.²³ apontam que um dos desafios à coordenação dos cuidados é a introdução de equipes de APS e a extensão das atividades de enfermagem tanto no atendimento aos casos agudos, como nas atividades de promoção de saúde e gestão de doenças crônicas. O respeito mútuo entre os prestadores também favorece a melhor utilização do potencial dos profissionais e, conseqüentemente, a coordenação dos cuidados. Segundo Gérvas e Rico²⁴ a capacidade de coordenação é facilitada quando o generalista goza de alto prestígio em função de sua proximidade do paciente e de seu contexto social e familiar.

Por fim, a capacidade de coordenação é fortemente afetada pela “integração entre os níveis assistenciais” e pela relação entre os prestadores, principalmente em função da existência de barreiras que dificultam o trânsito no interior do sistema de saúde. A maior parte dos países investigados por Hofmarcher et al.¹² são caracterizados por forte separação administrativa na provisão da atenção ambulatorial e hospitalar em saúde, que opera sob diferentes orçamentos. Segundo Hartz e Contandriopoulos³⁰ para efetivar a garantia do cuidado em saúde, torna-se fundamental a constituição de redes integradas, cuja construção reconhece necessariamente a interdependência e, muitas vezes, conflitos entre atores sociais e organizações distintas em situações de poder compartilhado, visto que nenhuma destas instâncias “(...) *dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida*”³⁰(p.331).

Frente a estas questões, a presente tese buscou descrever e analisar o desenvolvimento de instrumentos e estratégias de coordenação dos cuidados em quatro grandes centros urbanos com processos consolidados de expansão e implementação da Estratégia Saúde da Família por meio de dois conjuntos de medidas pró-coordenação: “fortalecimento da APS” e “integração entre níveis assistenciais”.

Parte-se de duas premissas. Primeiro, os serviços de APS, pelos atributos que os caracterizam⁶, seriam os mais adequados para assumirem a responsabilidade de coordenar o percurso terapêutico do usuário na maior parte dos episódios de adoecimento. Neste sentido, a coordenação dos cuidados pela APS reflete a habilidade dos prestadores de atenção primária em coordenar o uso de outros níveis¹. Contudo, somente uma APS “forte”, capaz de mobilizar apoios, recursos políticos, econômicos, financeiros e humanos, pode ser responsável pela coordenação dos cuidados. Segundo, a coordenação, a ser exercida pela APS, pressupõe, necessariamente, a existência de instrumentos e estratégias de integração da rede de serviços de

saúde. Compreende-se que o atributo da “coordenação dos cuidados” é componente essencial de uma resposta integral em saúde, a ser exercida pela APS.

Tendo como cenário de investigação quatro grandes centros urbanos brasileiros e considerando as premissas acima mencionadas, algumas perguntas orientaram o estudo:

“Após período de expansão da ESF a coordenação dos cuidados passou a ser uma prioridade para os sistemas municipais de saúde brasileiros?”

“Partindo-se da premissa de que somente uma APS fortalecida em seus atributos essenciais pode assumir a coordenação dos cuidados, quais as iniciativas empreendidas pelos municípios brasileiros para fortalecer a ESF?”

“Sendo a integração da rede um elemento necessário para alcançar melhor coordenação dos cuidados, quais as estratégias e instrumentos desenvolvidos por grandes centros urbanos para integrar a ESF aos demais níveis do sistema?”

OBJETIVO GERAL

Descrever e analisar o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de coordenação dos cuidados em quatro grandes centros urbanos brasileiros.

Objetivos Específicos

- Compreender a posição e a prioridade conferida ao tema da coordenação dos cuidados nas políticas municipais de saúde;
- Identificar estratégias para o fortalecimento dos serviços de APS;
- Descrever e analisar o desenvolvimento de instrumentos de integração da APS aos demais níveis assistenciais;
- Identificar fatores facilitadores e entraves à efetivação da coordenação dos cuidados;

METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos propostos nesta tese, ou seja, a descrição e análise do desenvolvimento de estratégias e instrumentos de coordenação dos cuidados desde a Atenção Primária à Saúde aos demais níveis do sistema de saúde em quatro municípios brasileiros, foram analisados dados produzidos por uma investigação mais ampla realizada pelo Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde (Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz), no ano de 2008, denominado “Estudos de caso sobre a implementação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros

urbanos”³¹ financiado pelo Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica (DAB) com recursos do Fundo Nacional de Saúde, sendo os casos Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória.

Também foi realizado, de março a agosto de 2009, estudo em três Comunidades Autônomas espanholas, viabilizado por meio do Programa de Doutorado com Estágio no Exterior (PDEE) fomentado pela Coordenação Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Embora o tema central da tese seja a análise da coordenação dos cuidados em contexto brasileiro, o estudo realizado na Espanha permitiu conhecer as experiências e desafios enfrentados naquele país, além de contribuir para a discussão dos resultados encontrados nos municípios brasileiros. São reconhecidas as distintas organização e distribuição dos serviços entre os países. Contudo, similaridades podem ser observadas em função de influências de âmbito universal, principalmente no campo tecnológico e no campo da informação, por mudanças nos perfis demográfico e epidemiológico que seguem tendências semelhantes, pela melhoria de indicadores clássicos como mortalidade infantil e materna, pelas novas necessidades médico-assistenciais, além de consensos produzidos por organismos internacionais^{32,33}. Conforme destaca Conill³² embora seja impossível a simples importação de experiências desenvolvidas em contextos socialmente distintos, a análise comparada permite conhecer diferentes estratégias para o enfrentamento dos problemas de saúde, refletir sobre sua utilidade e situar determinado sistema de saúde em uma perspectiva mais ampla.

A pesquisa realizada pelo Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz teve como objetivo geral, por meio de estudos em profundidade, “analisar o modelo assistencial da atenção básica em saúde a partir da implementação do PSF em quatro grandes centros urbanos quanto à coordenação dos cuidados com integração à rede de serviços e à atuação intersetorial, desde a perspectiva das famílias cadastradas, dos profissionais de saúde e dos gestores”³¹. Os quatro estudos de caso buscaram obter, por meio da análise detalhada dos casos, uma compreensão abrangente dos temas estudados assim como, “*desenvolver declarações teóricas mais gerais sobre regularidades do processo*”³⁴ (p.118).

Segundo Hartz³⁵, os estudos de caso são recomendados com ênfase quando “(...) o objeto de investigação é de grande complexidade, a tal ponto que o fenômeno de interesse não se distingue facilmente das condições contextuais, necessitando informações de ambos”(p.344). São indicados também quando o alvo da avaliação é uma intervenção inovadora, sobre a qual ainda não se têm muitas informações. O planejamento e métodos para realização do estudo de caso podem incorporar tanto metodologias de abordagem quantitativa quanto qualitativa e de

diversas fontes de informação, desde que convergentes em relação ao objeto de estudo. Segundo Yin³⁶ seis importantes fontes de evidência para os estudos de caso são documentação, registros em arquivos, entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos.

No campo da análise de políticas, a realização de estudos de caso de implementação de determinado programa implica conhecer o contexto mais geral no qual se insere o programa e incorporar as perspectivas dos diversos atores envolvidos (*stakeholders*). Correspondem a uma estratégia de pesquisa abrangente, que se baseia em diversas fontes de informação e de evidências, as quais devem ser trianguladas e convergir.

A presente tese analisou parte dos dados coletados pela pesquisa desenvolvida por Giovanella et al.³¹, não constituindo, deste modo, estudos de caso, trabalhando aspectos específicos da estrutura e processos de atenção prestados pela ESF. Assim sendo, não são aqui discutidos os resultados da pesquisa, apresentados de forma abrangente e em profundidade nos relatórios de caso³¹. Contudo, alguns limites dos estudos de caso devem ser mencionados, uma vez que os resultados analisados nesta investigação refletem as potencialidades, mas também os limites deste tipo de abordagem.

Para Veney e Kaluzny³⁷ a abordagem de estudos de caso tem problemas que limitam sua utilização como ausência de categorias claras, de percepção seletiva e de interatividade. No entanto, estes problemas podem ser minimizados. É possível enfrentar o primeiro senão ao se esclarecer e estabelecer previamente quais informações devem ser obtidas, para possibilitar a tomada de decisão e definir as dimensões de análise. A seletividade da percepção dos entrevistadores/avaliadores ocorre na forma como as respostas são entendidas e registradas e como as perguntas são formuladas, que pode levar à perda de importantes aspectos da operação do programa que não se coadunam/encaixam nas pré-concepções do avaliador. De modo a verificar se as perguntas são adequadas para produzir a informação desejada, a seletividade de percepção do avaliador pode ser reduzida por pré-teste dos roteiros de entrevistas e pelo esclarecimento das razões de determinadas perguntas. Já a interatividade entre observador e observado no processo de investigação é quase inevitável. Ainda que a observação seja o meio de obter dados acerca de uma atividade do programa em ambiente quase “natural”, a presença do observador, registrando o que ocorre, afeta e modela a realização das atividades, criando um ambiente não natural³⁷.

Contudo, o principal limite dos estudos de caso para a produção de conhecimento, segundo Veney e Kaluzny³⁷, seria a ausência de uma maneira formal de verificar relações de causa e

efeito entre programa e resultados, por não haver grupo controle não submetido aos efeitos do programa para comparação. Assim, a confiança dos gestores nos resultados para orientar a tomada de decisão dependeria da confiança na objetividade e na competência do avaliador.

Na pesquisa realizada por Giovanella et al.³¹ buscou-se minimizar estes problemas por meio de diversas estratégias de levantamento dos dados por meio de variadas fontes de informação, o que incluiu:

- i) Abordagem qualitativa, com análise de conteúdo de informações obtidas em entrevistas com gestores e gerentes da SMS e de outras secretarias;
- ii) Estudos quantitativos transversais, por meio da realização de inquéritos com amostras representativas de profissionais de saúde das equipes de Saúde da Família: médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde;
- iii) Inquérito em amostra representativa de famílias cadastradas;

Os estudos de caso realizados corresponderam a uma estratégia de pesquisa alicerçada em metodologias quantitativa e qualitativa com base em diversas fontes de informação convergentes que foram trianguladas para responder às perguntas da investigação, articulando as perspectivas de gestores, profissionais das equipes e famílias cadastradas. Minayo³⁸ compreende a avaliação por triangulação de métodos como “(...) *expressão de uma dinâmica de investigação e de trabalho que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e a visão que os atores diferenciados constroem sobre todo o projeto*”(p.29).

Os diferentes métodos, técnicas e estratégias por meio dos quais a realidade pode ser observada e compreendida devem ser triangulados com rigor científico, levando-se em conta as especificidades e adequação dos processos. Cada uma das abordagens, quantitativas ou qualitativas, respondem a objetivos específicos, sendo que a utilização de uma ou outra depende das respostas buscadas pela pesquisa. Nas investigações trianguladas os métodos devem ser usados com rigor, reduzindo-se, o quanto possível, as ameaças à validade interna e externa. Além disso, os métodos devem ser selecionados de acordo com sua relevância teórica³⁸.

O uso de métodos mistos em avaliação de políticas é cada vez mais freqüente com propósitos seja de triangulação para melhorar a validade dos resultados na qual diferentes métodos são utilizados para medir um mesmo fenômeno; seja de complementaridade, para uma

compreensão mais abrangente de fenômenos complexos; ou para expansão do escopo do estudo permitindo a análise dos processos de implementação por meio de métodos qualitativos e a avaliação de resultados por métodos quantitativos³⁹. Segundo Minayo³⁸ a proposta de “(...) *triangulação de métodos quantitativos e qualitativos reconhece que na realidade a ser avaliada há processos que podem ser explicados em sua magnitude e compreendidos em sua realidade*”(p.99).

Municípios selecionados

Os municípios que compuseram o estudo foram selecionados de forma intencional de modo a escolher experiências consolidadas de implementação da ESF considerando-se: elevada cobertura populacional (>50%), grau de institucionalização da estratégia segundo Mendes¹, tempo de implementação mínimo de cinco anos e presença de práticas inovadoras e bem sucedidas na mudança do modelo assistencial, identificadas com base em entrevistas com informantes-chave do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde e pesquisa anterior realizada por Escorel et al.⁴¹. Buscou-se também abarcar municípios com diferentes portes populacionais entre aqueles com mais de 100 mil habitantes e alguma distribuição pelas regiões do país.

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

Critérios/ Características	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória
Ano de implantação do PSF	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
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: Giovanel et al.³¹

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

¹ Mendes⁴⁰ sugere uma tipologia para avaliar a institucionalização da Estratégia Saúde da Família em quatro estágios: i) Transição inicial – cobertura 10 a 25% - instabilidade institucional; ii) Transição intermediária – cobertura 25 a 50% - baixa institucionalidade; iii) Transição terminal – cobertura 50 a 70% - institucionalização diferenciada: espaços político (discurso e prática), serviços de saúde (posição da APS na rede de serviços/ atributos Starfield⁶), e menor no espaço educacional (formação dos profissionais), corporativo (organização dos profissionais de APS) e espaço da representação populacional: Saúde da Família como valor societal; iv) Momento de consolidação – cobertura maior de 70% e institucionalização nos 5 espaços, ainda que de forma assimétrica.

Dimensões de análise

Buscando responder às questões colocadas por esta investigação de doutorado, foram selecionados para análise, com base no estudo desenvolvido por Giovanella et al.³¹, os resultados referentes a medidas pró-coordenação vinculadas às ações empreendidas pelos municípios para fortalecer a Atenção Primária à Saúde e às estratégias e instrumentos para integração entre níveis assistenciais. Os dois eixos de estudo foram operacionalizados por meio de dimensões, variáveis e indicadores, definidos com base em revisão de literatura^{6,7,11,12,23,24,25,26,28,29,42,43,44,45,46} e, principalmente estudos de avaliação da ESF^{17,18,19,20,41,47,48,49}.

A premissa que os serviços de APS são os mais adequados para assumir a responsabilidade pela coordenação dos cuidados, mas que somente uma APS “forte”, capaz de mobilizar apoios, recursos políticos, econômicos, financeiros e humanos poderia assumir esta função, justificou a escolha da primeiro eixo do estudo – Fortalecimento da APS – e guiou a operacionalização das dimensões, variáveis e indicadores para sua análise. Hofmarcher et al.¹² ao estudar países da OECD destaca que estratégias pró-coordenação são favorecidas pelas ações de fortalecimento da APS que aqui significa fortalecer seus atributos, visto haver certo consenso que seu maior ou menor alcance constitui parâmetro para avaliar a robustez da APS em determinado sistema de saúde^{II}. Entre estes se destacam o desempenho da função de porta de entrada, implicando na utilização e acesso da APS a cada novo problema ou episódio de saúde como primeiro serviço procurado, exceto em casos de urgência^{6,17,28}; e acessibilidade, refletida nos horários de funcionamento das unidades de saúde, possibilidade de atendimento sem marcação prévia e percepção da população quanto à conveniência destes aspectos⁶.

Entre os atributos essenciais da APS, Starfield⁶ destaca também a integralidade ou elenco de serviços ofertados neste nível de atenção, amplo o suficiente para atender às necessidades de saúde dos usuários, o que inclui a referência para outros níveis. Cabe ressaltar que o atributo “elenco de serviços” foi analisado com foco na oferta e desenvolvimento de ações capazes de aumentar a resolutividade dos serviços de APS entre as quais realização de pequenas cirurgias; distribuição de medicamentos, solicitação de exames diagnósticos diretamente pelo médico de APS, supervisão e educação continuada para as equipes e acompanhamento de grupos prioritários²⁸.

^{II} Uma robusta atenção primária envolveria também o enfoque familiar e a orientação para a comunidade, de acordo com modelo proposto por Starfield⁶. Contudo, a tese focou os atributos da APS que uma vez fortalecidos implicariam em melhor capacidade de coordenação dos cuidados.

Estudos apontam que maior prestígio e reconhecimento profissional recebido pelos profissionais de APS demonstram a força deste nível de atenção e tem implicações para o papel de coordenação dos cuidados a ser exercido^{23,28,45}, razão pela qual esta dimensão foi incorporada ao estudo. Alguns autores inserem o conjunto de ações para integração entre APS e programas de saúde pública/coletiva como medida capaz de potencializar a coordenação dos cuidados^{43,44} pela atenção primária, sendo esta outra dimensão utilizadas para análise do eixo “fortalecimento da APS”(Tabela 2) .

Tabela 2 – Dimensões, variáveis e indicadores do eixo “Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde”, quatro grandes centros urbanos, 2008

Dimensões	Variáveis	Indicadores
Posição ocupada pela APS 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 está especificado na política local de saúde; % de médicos/enfermeiros que concordam muito/concordam que a população procura primeiro a USF quando necessita de atendimento de saúde
Acesso à Unidade de Saúde da Família	Conhecimento da Unidade de APS	% famílias que conhecem a ESF (espontânea + estimulada); % famílias que conhecem o local de funcionamento da ESF
	Acessibilidade à Unidade de APS	Facilidade de acesso ao local de funcionamento da ESF; famílias que relatam que o meio de transporte para chegar até o local de funcionamento da ESF é a pé; % 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 APS	Provas diagnósticas solicitadas pelo médico da ESF	Ampliação do catálogo de provas diagnósticas solicitadas diretamente pelo médico de família; 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
	Realização de pequenas cirurgias	% de médicos que realizaram pequenas cirurgias ambulatoriais nos últimos 30 dias
	Distribuição regular de medicamentos	% de médicos/enfermeiros que avaliam como muito satisfatório/satisfatório 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; % de médicos/enfermeiros que realizaram atividades de capacitação continuada nos últimos 30 dias
	Supervisão das equipes de Saúde da Família	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 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 à 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 APS	Grau de descentralização das ações e programas de saúde pública/coletiva para as unidades de APS	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 em APS	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; famílias que já foram atendidas pela ESF; 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

Segundo Starfield⁶ para exercer a coordenação dos cuidados o profissional de APS deve estar ciente dos problemas de saúde que acometem seus pacientes em qualquer ponto do sistema. Este complexo processo envolveria disponibilidade e reconhecimento das informações referentes aos atendimentos prestados, existência de estratégias de referência e contra-referência, adoção de diretrizes clínicas, reconhecimento explícito das responsabilidades de cada nível e organização de regiões de saúde. Neste sentido, as ações necessárias à coordenação discutidas pela autora referem-se essencialmente a mecanismos e instrumentos de “integração entre níveis assistenciais”, segundo eixo avaliado por este estudo.

Por vezes, trabalhos que tomam os atributos da APS definidos pela autora, utilizam o conceito de coordenação como sinônimo de integração¹⁷. Nesta tese, parte-se do princípio que a existência de mecanismos de integração entre níveis assistenciais é elemento essencial à coordenação dos cuidados e, por isto, foi considerado um dos eixos de análise. Embora seja condição necessária, considera-se não ser suficiente, razão pela qual não poderia ser tomada como sinônimo, mas sim como uma das dimensões da coordenação. Conforme apresentado anteriormente, conceituou-se a coordenação como a articulação entre serviços de diferentes níveis, mas também entre ações de saúde que podem ser executadas no nível da atenção primária²⁴, exigindo para sua resolução estratégias diferenciadas daquelas que envolvem integração entre prestadores de níveis distintos. A atomização, competição entre prestadores, rivalidades entre categorias profissionais²³, dificuldades para alcançar a cooperação e o trabalho em equipe²⁶, diferentes esquemas de pagamento¹² também são barreiras à coordenação dos cuidados que extrapolam as dificuldades representadas pela ausência ou insuficiência de mecanismos organizacionais de integração da rede.

Para analisar a integração entre níveis assistenciais foram definidas cinco dimensões apresentadas na tabela 3.

Tabela 3 – Dimensões, variáveis e indicadores do eixo “Integração entre níveis assistenciais”, quatro grandes centros urbanos, 2008

Dimensões	Variáveis	Indicadores
Estrutura organizacional e administrativa do setor de regulação da rede de serviços de saúde	Organização de regionais ou distritos de saúde	Existência e número de regionais/distritos de saúde
	Estrutura de regulação da Secretaria Municipal de Saúde	Existência de gerência/coordenação de regulação, avaliação e auditoria da atenção especializada, hospitalar e da rede de urgência e emergência
	Principal propriedade dos prestadores de serviços de saúde para a atenção especializada	Existência de prestadores públicos municipais e estaduais
Instrumentos de integração dos serviços de saúde	Sistema municipal de regulação e marcação de consultas e exames especializados	Existência de central municipal de regulação e marcação de consultas e exames especializados, % de médicos/enfermeiros que informaram existência de central de marcação de consultas especializadas
	Central municipal de regulação e controle de leitos e internações	Existência de central municipal de regulação e controle de leitos e internações
	Instrumentos de referência e contra-referência para atenção especializada	Existência de instrumentos de referência e contra-referência, % de famílias cadastradas encaminhadas por profissional da ESF que relataram receber informações por escrito para entregar ao serviço de referência, % de médicos que fornecem informações por escrito sempre/na maioria das vezes quando o paciente é referenciado para outros serviços, % de médicos que recebem contra-referência sempre/na maioria das vezes após consulta do usuário com especialista
Organização dos fluxos para atenção especializada, hospitalar e de urgência/emergência	Percurso mais comum do paciente para acesso a atenção especializada	Percurso mais comum do paciente desde o atendimento na USF ao encaminhamento para consulta especializada segundo médicos/enfermeiros e gestores, principais motivos do encaminhamento pelo médico da ESF nos últimos 30 dias segundo famílias cadastradas, principal forma de acesso ao especialista informada por usuários referenciados nos últimos 12 meses
	Prática sistemática de análise dos encaminhamentos para serviços especializados realizados pelos profissionais da APS	Existência de prática sistemática de análise dos encaminhamentos para serviços especializados realizados pelos profissionais da APS, % de médicos/enfermeiros que referiram existir sempre/na maioria das vezes supervisão periódica para avaliar a necessidade de referência aos outros níveis de atenção
	Monitoramento das filas de espera para atenção especializada	Existência de monitoramento das filas de espera para atenção especializada
	Fluxo formalizado para acesso à atenção hospitalar	Existência de fluxo formalizado para acesso à atenção hospitalar
	Articulação entre Centros de Saúde e serviços de pronto-atendimento	Existência e grau de articulação entre Centros de Saúde e serviços de pronto-atendimento
Acesso e utilização dos serviços de atenção especializada e hospitalar	Principal serviço municipal para realização de consultas/exames especializados	Principal serviço municipal para realização de consultas/exames especializados
	Acesso e utilização dos serviços de apoio à diagnose e terapia e consultas especializadas	% de usuários que relataram necessidade de realização de exame solicitado pelo médico da ESF nos últimos 12 meses, % de médicos que conseguem realizar sempre/na maioria das vezes agendamento para serviços de atenção especializada e de apoio à diagnose e terapia, % de usuários referenciados nos últimos 12 meses pelo médico da ESF que conseguiram realizar os exames solicitados, tempo de espera pelo atendimento com o especialista estimado por usuários referenciados, tempo médio de espera para consultas especializadas e para realização de exames de radiologia e ultra-som estimado por médicos/enfermeiros, tempo de espera para realização dos exames solicitados pelo médico da ESF e recebimento dos resultados estimado por usuários referenciados
	Acesso e utilização dos serviços de atenção hospitalar	% de médicos que conseguem realizar sempre/na maioria das vezes agendamento para maternidade, tempo médio de espera para internação para cirurgia eletiva estimado por médicos/enfermeiros
Instrumentos para continuidade informacional	Prontuários eletrônicos	Existência de prontuário eletrônico, % de médicos que referiram fazer registros no prontuário após cada consulta
	Protocolos clínicos	Implantação de protocolos clínicos

Desde os anos de 1990 as reformas dos sistemas de saúde, tanto em países europeus como latinoamericanos, pautaram-se em ações e políticas que buscam fortalecer e aumentar o protagonismo da APS, meta reafirmada pelo relatório da Organização Mundial da Saúde de 2008 no instigante título – Atenção Primária à Saúde – agora mais do que nunca”⁴². No Brasil, os princípios gerais e fundamentos da APS e as especificidades da ESF consolidados na Política Nacional de Atenção Básica¹⁵ refletem uma certa concepção de atenção primária que incorpora as dimensões definidas por Starfield⁶ como porta de entrada, acessibilidade, vínculo, coordenação dos cuidados e integralidade. Políticas complementares como a Portaria que cria os Núcleos de Apoio ao Saúde da Família²¹ reafirmam a meta de fortalecimento da APS por meio da ampliação de sua resolutividade e integração à rede. Desta forma, além da literatura sobre o tema, tanto o relatório da OMS, quanto a PNAB, a Portaria N° 154, e o Pacto pela Saúde, foram documentos institucionais que de certa forma influenciaram e referendaram a escolha dos eixos analisados nesta tese de doutorado.

Metodologias utilizadas em estudos de avaliação da APS em contexto brasileiro também serviram como base para a eleição das dimensões, variáveis e indicadores. Primeiramente destacaram-se estudos que utilizaram o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) que permite, com base nos atributos da APS desenvolvidos por Starfield⁶, medir as dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de ABS em nível municipal, comparando-se pontos de vista de profissionais, gestores e usuários. Esforços foram empreendidos para adaptar e validar o instrumento à realidade brasileira^{17,50}. Entre estas investigações, encontram-se os estudos que compuseram a “Linha de Base do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf)”, financiados pelo Ministério da Saúde^{18,19}. Neste mesmo conjunto de estudos financiados pelo Proesf o questionário da Pesquisa Mundial de Saúde⁵¹ foi adaptado de modo que permitisse avaliar o desempenho da Atenção Básica/PSF no âmbito municipal. Para tal, também recorreu-se (em parte) às proposições de Starfield⁶.

A segunda metodologia de avaliação da APS considerada foi “Avaliação para Melhoria da Qualidade”⁴⁷, proposta de auto-avaliação orientada por instrumentos dirigidos a gestores, coordenação, unidades de saúde e equipes contemplando elementos de estrutura, processo e resultado. Os padrões utilizados foram elaborados por técnicos do Departamento de Atenção Básica e validados por especialistas. A metodologia permite elaborar um diagnóstico sobre a organização e funcionamento dos serviços partindo da formulação atual da Estratégia Saúde da Família (princípios, diretrizes e campos de atuação) e busca favorecer a identificação de estágios de desenvolvimento, de aspectos críticos, potencialidades e pontos consolidados tanto na gestão como no processo de trabalho das equipes. Entre os indicadores utilizados pela AMQ

encontram-se: ampliação ou adaptações realizadas por gestores da saúde na rede de serviços em função da implantação da ESF no município, como ampliação da oferta de exames de apoio diagnóstico e terapêutico, consultas especializadas e leitos para internações; adaptações na rede de referência com base em estudos da demanda verificada e/ou estimada nas ESF; programação da oferta de exames complementares básicos como eletrocardiograma, RX de tórax, ultrasonografia, além dos de patologia clínica; garantia de marcação de consultas e exames especializados e internações por meio de central de marcação; garantia de referência para internações nas clínicas básicas; monitoramento da utilização de serviços de urgência, emergência e pronto-atendimento da rede pública pela população coberta pela ESF; apoio de outros profissionais da rede às equipes SF; existência de supervisão e de formação teórica e prática nas áreas básicas para os profissionais da ESF; acompanhamento e dispensação com regularidade e suficiência de medicamentos para grupos prioritários, entre outros⁴⁷.

O estudo realizado por Escorel et al.⁴¹ para “Avaliação da implementação da ESF em dez grandes centros urbanos”, no ano de 2002, também serviu como base para definição dos indicadores utilizados neste estudo. Nessa investigação as dimensões de integração da APS à rede de serviços, capacitação e supervisão dos recursos humanos, estabelecimento de vínculos, acessibilidade e garantia de atenção integral já estavam presentes.

Desta forma, com base em revisão da literatura, documentos institucionais e dos estudos mencionados foram definidas dimensões, variáveis e indicadores para avaliação dos eixos de análise “Fortalecimento da APS” e “Integração entre níveis assistenciais”, na perspectiva de gestores, médicos e enfermeiros da ESF e famílias cadastradas.

Instrumentos de pesquisa

Com uso de métodos mistos, os casos foram estudados a partir de diferentes técnicas e considerando as perspectivas dos principais atores envolvidos: gestores e gerentes de saúde, profissionais das equipes de SF e famílias cadastradas. As principais fontes de informação foram entrevistas com base em roteiros semiestruturados realizadas com gestores e gerentes municipais, questionários autoperenchidos pelos profissionais da ESF e questionários fechados, aplicados a uma amostra de famílias cadastradas.

- **Entrevistas semi-estruturadas com gestores e gerentes da Secretaria Municipal de Saúde e de entidades representativas de profissionais**

Segundo Yin³⁶ o procedimento mais comum para entrevistas em um estudo de caso é que as mesmas sejam conduzidas de forma espontânea, mesmo no caso das entrevistas focadas, de

modo que o entrevistador possa indagar acerca das questões do estudo e, ao mesmo tempo, o respondente possa apresentar suas interpretações sobre o tema do estudo e, até mesmo, sugerir fontes adicionais de evidências. Para o autor, quanto mais próxima a esta posição for o papel do entrevistador, mais o entrevistado deixará de ser um mero respondente e mais se tornará um informante-chave.

A descrição e análise das estratégias para fortalecimento da APS e para integração da rede empreendidas pela gestão municipal de saúde foram realizadas com base em resultados de entrevistas semi-estruturadas com atores-chave da Secretaria Municipal de Saúde, responsáveis pela gestão do sistema como um todo, pelas funções de regulação, pela coordenação da ESF, da atenção especializada, da atenção hospitalar, da rede urgência e pelas USF. Em todos os municípios foram entrevistados o Secretário Municipal de Saúde e o Coordenador da Atenção Básica/PSF. Os demais entrevistados da SMS foram gestores vinculados à Regulação, Controle e Avaliação; gestores responsáveis pela Atenção Especializada, pela Rede de Apoio à Diagnóstico e Terapia, pela Rede Hospitalar, pela Rede de Urgência e Emergência, pelas Centrais de Marcação de Consultas e pela Vigilância em Saúde, eleitos de acordo com a estrutura administrativa da SMS em cada município. Também foram entrevistados representantes de entidades profissionais de médicos e enfermeiros com vistas a identificar a avaliação destes órgãos quanto às estratégias empreendidas pela gestão municipal. A escolha dos entrevistados justificou-se na medida em que constituem atores importantes para descrever e avaliar os mecanismos de integração da rede e estratégias municipais para fortalecimentos da APS ao interior do sistema de saúde.

Na presente tese foram analisados os resultados de 54 entrevistas referentes aos eixos de análise, quais sejam:

- Secretários Municipais de Saúde (4);
- Coordenadores de Atenção Básica/ESF (4);
- Gerentes vinculados à Regulação, Controle e Avaliação (16);
- Coordenadores da Vigilância em Saúde (4);
- Gerentes de Unidades de Saúde da Família (16);
- Representantes de entidades profissionais médicas (Sociedade de Medicina de Família e Comunidade e Sindicato Médico) e de enfermagem (Conselho Regional de Enfermagem) (10).

Os grandes temas abordados nas entrevistas no estudo realizado por Giovanella et al.³¹ foram: processo de implantação da ESF, organização e gestão, integração à rede assistencial,

coordenação e continuidade dos cuidados e conversão do modelo de atenção, intersetorialidade, gestão e capacitação de recursos humanos e fatores limitantes e facilitadores para implementação e desempenho adequado da ESF.

Para esta tese foram analisadas informações referentes à coordenação dos cuidados com base nos dois eixos de análise, abordando-se questões como: posição da ESF na rede assistencial; integração à rede de serviços de saúde (acesso à consultas especializadas, aos serviços de apoio à diagnose e terapia, à atenção hospitalar e acesso aos serviços de urgência e emergência), integração da ESF e programas de saúde pública/coletiva, coordenação dos cuidados, utilização de instrumentos para continuidade informacional, iniciativas para aumentar a resolutividade das equipes.

- **Questionários de autopreenchimento para os integrantes das Equipes de Saúde da Família**

As percepções dos profissionais sobre as estratégias empreendidas para fortalecer as equipes de SF e para integrá-la a rede foram examinadas com base em questionários auto-aplicáveis a amostras de médicos e enfermeiros. Na pesquisa realizada por Giovanella et al.³¹ foram aplicados questionários também a amostras de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e auxiliares/técnicos de enfermagem. Contudo, dados os eixos de análise desta tese de doutorado, foram selecionados os resultados dos questionários aplicados a médicos e enfermeiros, visto serem estes os profissionais mais diretamente vinculados às atividades que envolvem integração com os demais níveis como solicitação de exames e consultas, realização de referências, como também às práticas identificadas para o fortalecimento da APS.

Para este trabalho foram analisados dados dos 224 questionários aplicados aos médicos e 261 aos enfermeiros das equipes de SF nos quatro municípios, com a seguinte distribuição:

- 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;

- **Questionário aplicado a amostras famílias usuárias da Estratégia Saúde da Família**

Um inquérito de base domiciliar com aplicação de questionários fechados a amostra representativa de famílias cadastradas permitiu conhecer experiências e avaliação dos usuários em relação ao acesso e utilização da USF, capacidade de resolução da APS, encaminhamento a especialistas, realização de exames e tempos de espera. O informante familiar foi o chefe da

família ou cônjuge, entrevistado no domicílio. Foram entrevistadas 3.311 nos quatro municípios, sendo: 800 em Aracaju, 900 em Belo Horizonte, 789 em Florianópolis e 822 em Vitória.

Os grandes temas enfocados pela pesquisa do Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz foram: caracterização dos moradores e famílias, características do domicílio, problemas de saúde de seu bairro ou comunidade, violência, participação social, demanda e uso dos serviços de saúde, conhecimento e uso da ESF, acompanhamento de portadores de doenças crônicas, grávidas, crescimento e desenvolvimento infantil e avaliação do PSF pelas famílias.

Nesta tese de doutorado foram analisadas as questões referentes aos eixos de pesquisa como: demanda e uso dos serviços de saúde, porta de entrada, serviços de saúde de uso regular, encaminhamento para especialistas, acesso a exames, satisfação com os serviços prestados pela Estratégia Saúde da Família, acompanhamento dos portadores de doenças crônicas, das gestantes, e do crescimento e desenvolvimento infantil.

Desenho da amostra de profissionais de saúde e famílias

O plano de amostragem da pesquisa realizada pelo Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz foi do tipo conglomerado em três estágios de seleção: equipe de SF como unidade primária de amostragem, Agente Comunitário de Saúde como unidade secundária e, como unidade elementar a família cadastrada. Assim, para cada ACS selecionado, cinco famílias foram sorteadas aleatoriamente do conjunto de famílias da microárea sob sua responsabilidade³¹.

A população de pesquisa foi composta pelos profissionais de todas as equipes de SF existentes nos municípios de Aracaju, Belo Horizonte, Vitória e Florianópolis em 31 de dezembro de 2007, bem como pelas famílias cadastradas por essas equipes. Assim, foram excluídas da população de pesquisa (e, portanto, da amostra) as equipes de SF com atuação inferior a seis meses, não havendo critério de exclusão para as famílias.

O cadastro de seleção da amostra de profissionais de saúde foi obtido com base nos registros administrativos e contém dados sobre os profissionais de todas as equipes de saúde disponibilizados pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), com base no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Para as famílias, o cadastro de seleção derivou do cadastro de famílias de cada ACS selecionado para a amostra.

Conforme explicitado nos relatórios de pesquisa³¹, o tamanho da amostra foi calculado para estimar proporções maiores ou iguais a 0,1 com erro relativo máximo de 30% (ou seja, erro

absoluto máximo de 3%). Considerando o efeito de conglomeração para seleção de 5 famílias para cada ACS selecionado, obtido na pesquisa “Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos”⁴¹, chegou-se a um tamanho de amostra de 768 famílias por município, que dividido por 5 (famílias por ACS) indicou o número de ACS e de equipe de SF a selecionar, tomando por base a seleção de 2 ACS por equipe³¹.

Em decorrência desse cálculo, todas as equipes listadas no cadastro utilizado para seleção de Florianópolis (79) e de Vitória (53) foram incluídas na amostra, sendo que em Vitória foi necessário selecionar 3 ACS por equipe de SF. Foram selecionadas, com equiprobabilidade, 80 das 127 equipes de Aracaju e 90 das 469 de Belo Horizonte. Assim, em Florianópolis e Vitória foi realizado censo de médicos e enfermeiros. Os pesos amostrais foram calculados pelo inverso das probabilidades de inclusão na amostra³¹.

Tabela 4 – Tamanho da amostra de médicos, enfermeiros, ACS e famílias por município de pesquisa, 2008

Equipes, profissionais e famílias	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória	Total
Equipes de Saúde da família	80	90	79	53	302
Médicos	80	90	79	53	302
Enfermeiros	80	90	79	53	302
Agentes Comunitários de Saúde *	160	180	158	159	657
Famílias a selecionar por ACS	5	5	5	5	5
Famílias	800	900	790	795	3.285
Número total questionários profissionais	320	360	316	265	1.261
Número total estimado de questionários	1.120	1.260	1.106	1.060	4.546

Fonte: Giovanella et al.³¹

*Dois ACS selecionados por equipe, exceto em Vitória, onde foram selecionados três.

Em Aracaju, ocorreram 38 perdas entre médicos e enfermeiros das equipes de SF. Em Belo Horizonte houve 33 perdas, em Florianópolis, 27 e em Vitória, 21. As perdas foram ocasionadas por diversos motivos, semelhantes entre os municípios: profissionais em férias, licença por motivo de doença ou maternidade, não devolução do questionário, recusa, não existência do profissional na ESF, profissionais em licença prêmio ou para candidatar-se nas eleições municipais.

Tabela 5 – Número de entrevistas previstas e realizadas por tipo de questionário nos municípios selecionados, 2008

Aracaju				
QUESTIONÁRIOS	Prevista	Realizada	Perdas	% Perdas
Famílias	800	800	-	-
Médicos	80	56	24	30,0
Enfermeiros	80	66	14	17,5
Belo Horizonte				
QUESTIONÁRIOS	Prevista	Realizada	Perdas	% Perdas
Famílias	900	900	-	-
Médicos	90	72	18	20,0
Enfermeiros	90	75	15	16,7
Florianópolis				
QUESTIONÁRIOS	Prevista	Realizada	Perdas	% Perdas
Famílias	790	789	-	-
Médicos	79	61	18	22,8
Enfermeiros	79	70	9	11,4
Vitória				
QUESTIONÁRIOS	Prevista	Realizada	Perdas	% Perdas
Famílias	795	822	-	-
Médicos	53	35	18	34,0
Enfermeiros	53	50	3	5,7

Fonte: Giovanella et al.³¹

Para análise dos dados, foi levado em consideração o desenho amostral do estudo por se tratar de uma amostragem do tipo complexa (conglomerado em dois estágios para profissionais nos municípios de Aracaju e Belo Horizonte). A construção do peso amostral, que é o inverso da probabilidade de seleção do profissional, incluiu em seu cálculo as perdas de profissionais. Todo o processo de amostragem foi realizado por um profissional de estatística.

Tabela 6 – Questionários aplicados a médicos, enfermeiros e famílias cadastradas por município - 2008

Entrevistados	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória	Total
Médicos	56	72	61	35	224
Enfermeiros	66	75	70	50	261
Famílias	800	900	789	822	3.311
Total	922	1047	920	907	3.796

Fonte: Giovanella et al.³¹

Análise dos dados selecionados

A apresentação dos resultados foi organizada em artigos que descrevem e analisam os dois eixos do estudo com base em dimensões, variáveis e indicadores selecionados. Informações convergentes foram trianguladas para responder às perguntas de investigação, buscando articular a perspectiva de gestores, profissionais das equipes e famílias cadastradas.

O eixo “Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde” foi descrito e avaliado por meio de seis dimensões e 17 variáveis e indicadores correspondentes. A primeira dimensão “Posição

ocupada pela APS” foi analisada com base nas entrevistas semi-estruturadas realizadas com gestores e gerentes da SMS para identificar as ações desenvolvidas para fortalecer a ESF na função de porta de entrada preferencial do sistema de saúde municipal e na avaliação de médicos e enfermeiros quanto ao alcance destes objetivos (tabela 2).

A segunda dimensão “Acesso à Unidade de Saúde da Família” foi avaliada, sobretudo, com base nas informações de médicos e enfermeiros quanto à ampliação da acessibilidade a partir da implantação da ESF e na percepção das famílias usuárias quanto às dificuldades e facilidades para acessar a USF (tabela 2).

A terceira dimensão “Capacidade de resolução da APS” inclui informação de gestores e gerentes quanto às principais iniciativas para aumentar a resolutividade das equipes de SF e a avaliação de médicos, enfermeiros e famílias quanto à efetividade destas ações. Neste item, partindo do pressuposto que a melhoria da resolutividade diminuiria a busca por serviços especializados e de urgências, também foi avaliada a procura por estes serviços após a implantação da ESF, tanto na percepção dos profissionais quanto dos usuários, além de avaliações mais gerais quanto à melhoria do atendimento em saúde e grau de satisfação com o atendimento prestado pelas equipes de SF (tabela 2).

A quarta dimensão “Descentralização das ações e programas de saúde pública/coletiva para as unidades de APS” foi analisada com base na descrição dos gestores quanto ao processo de descentralização destas ações para as equipes de SF e na avaliação de médicos e enfermeiros quanto ao grau de articulação entre as ações desenvolvidas pelas equipes e tais programas (tabela 2).

A quinta dimensão “Reconhecimento profissional e social em APS” foi avaliada por meio da percepção de médicos, enfermeiros e representantes das entidades profissionais (tabela 2).

Por fim, a sexta dimensão “Utilização dos serviços de APS” buscou aferir por meio da avaliação das famílias cadastradas possíveis mudanças nos padrões de utilização dos serviços de APS que refletissem de alguma forma o conjunto de ações empreendidas para fortalecer o papel de porta de entrada e de serviço de uso regular a ser exercido pela ESF, o acompanhamento de grupos prioritários (tabela 2).

O eixo “Integração entre níveis assistenciais” foi descrito e avaliado por meio cinco dimensões, 16 variáveis, além dos indicadores. A primeira dimensão “Estrutura organizacional e administrativa do setor de regulação da rede de serviços de saúde” foi descrita e analisada exclusivamente com base nas entrevistas semi-estruturadas com gestores e gerentes da SMS

para identificar, principalmente, a estrutura de regulação e provisão de serviços especializados (tabela 3).

A segunda dimensão “Instrumentos de integração dos serviços de saúde” buscou identificar a existência de central de marcação e regulação de procedimentos especializados e de leitos e internação, bem como a existência de instrumentos de referência e contra-referência com base na percepção de gestores e gerentes. A experiência de médicos e enfermeiros em relação à existência de centrais de marcação de consultas e utilização dos instrumentos de referência e contra-referência, captadas com base na aplicação de questionários auto-preenchidos, foram confrontadas com as iniciativas e ações descritas pela gestão municipal. Também foi avaliada a experiência das famílias cadastradas quanto ao recebimento da contra-referência (tabela 3).

A dimensão “Organização dos fluxos para a atenção especializada, hospitalar e de urgência/emergência” objetivou aferir a existência de fluxos formais para acesso à atenção especializada e hospitalar e articulação com os serviços de urgência, bem como estratégias para qualificar as referências e monitorar as filas de espera descritos pelos gestores da SMS, tendo como fonte as entrevistas semi-estruturadas. As estratégias empreendidas para definir o percurso mais comum dos usuários ao interior do sistema de saúde, relatadas por gestores, foram avaliadas por médicos, enfermeiros e usuários com experiência de encaminhamento ao especialista nos últimos 12 meses (tabela 3).

A quarta dimensão “Acesso e utilização dos serviços de atenção especializada e hospitalar” avalia, sobretudo, a percepção de médicos e enfermeiros quanto à facilidade/dificuldade para agendamento de procedimentos especializados e internação hospitalar e tempos de espera, avaliados também por usuários da ESF (tabela 3).

Por fim, a dimensão “Instrumentos para continuidade informacional” buscou aferir a existência de prontuários eletrônicos e implantação de protocolos clínicos (tabela 3).

Todos os dados quantitativos 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 variável. Os dados qualitativos, obtidos por meio das entrevistas semi-estruturadas foram gravados, transcritos e agrupados por dimensões e variáveis definidas *a priori* para análise dos dois eixos utilizados para descrever e avaliar as estratégias de coordenação dos cuidados. Tanto os dados quantitativos como qualitativos passaram por análise de conteúdo vertical considerando-se em um primeiro momento as dimensões de análise por município e informantes-chave e, posteriormente, por leitura horizontal

comparando-se e confrontando-se a perspectivas dos diversos atores envolvidos bem como dos quatro casos analisados.

Apresentação da tese

A apresentação desta tese de doutorado foi estruturada com base em quatro artigos, quais sejam:

1. “Avaliação em Atenção Básica no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006” – publicado nos Cadernos de Saúde Pública 2008; 24(8):1727-1742⁵².

Como este trabalho foi realizado no âmbito da avaliação em Atenção Básica, considerou-se necessário mapear e analisar as pesquisas de monitoramento e avaliação neste campo realizadas e/ou financiadas pelo gestor federal entre os anos de 2000 a 2006. Além de possibilitar uma visão mais ampla das tendências e mudanças que marcaram a política de avaliação e monitoramento da APS no período investigado, foi possível identificar estudos e metodologias que serviram como apoio ao desenho da pesquisa realizada pelo Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz. Este artigo foi apresentado na qualificação de doutorado.

2. “Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados” – aceito para publicação na Revista Panamericana de Salud Pública

Este artigo objetiva analisar e descrever as ações empreendidas nos quatro centros urbanos para fortalecer a ESF por meio de dimensões, variáveis e indicadores, mencionados no item anterior. Parte-se da premissa que a consolidação de uma APS “forte”, avaliada pela posição ocupada no sistema de saúde, capacidade de resolução, reconhecimento profissional e social de seus profissionais, descentralização das ações de saúde coletiva para a APS e conseqüentes reflexos no acesso e utilização dos serviços por parte da população, é fundamental para que este nível possa se responsabilizar pela coordenação dos cuidados ao interior do sistema de saúde.

3. “Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos” – publicado nos Cadernos de Saúde Pública 2010; 26(2):286-298⁵³.

O terceiro artigo apresenta os resultados referentes ao eixo “Integração entre níveis assistenciais”, por meio da descrição e análise do desenvolvimento de instrumentos e estratégias de integração da ESF aos demais níveis assistenciais em quatro grandes centros urbanos. O argumento defendido é a que a existência de mecanismos de integração entre níveis assistenciais é condição essencial para que possa haver coordenação dos cuidados pela APS. As dimensões, variáveis e indicadores analisados no artigo foram descritos anteriormente.

4. “Estratégias de integração entre Atenção Primária à Saúde e Especializada: paralelos entre Brasil e Espanha” – ainda não encaminhado para publicação.

Este artigo é produto da participação no “Programa de Doutorado com Estágio no Exterior” da CAPES. Durante os meses de março a agosto de 2008 foi realizado na *Escuela Nacional de Sanidad*, órgão pertencente ao *Instituto de Salud Carlos III*, vinculado ao *Ministerio de Ciencia e Innovación*, estudo cujo objetivo foi identificar estratégias de integração entre níveis assistenciais por meio de levantamento bibliográfico e entrevistas com informantes-chave em três Comunidades Autônomas espanholas – Madri, País Basco e Catalunha. O objetivo foi reconhecer as estratégias desenvolvidas por este país para enfrentar o desafio da coordenação dos cuidados e compará-la, em alguns aspectos, à experiência brasileira. Além de contribuir para maior conhecimento teórico e prático, buscou-se identificar práticas exitosas que, tendo em vista especificidades locais, pudessem constituir lições aprendidas. Na Espanha, o trabalho foi orientado pelos Dr. Juan Gérvas e Dr. José Manuel Freire. Algumas considerações sobre o sistema de saúde espanhol que justificaram a escolha deste país para realização do estágio de doutorado estão descritas no Anexo I desta tese.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto desta tese foi avaliado e aprovado pelo CEP da Ensp/Fiocruz por meio do parecer N° 112/08, tendo cumprido todas as exigências estabelecidas pela *Resolução 196/96* do Conselho Nacional de Saúde.

O estudo realizado pelo Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Ensp/Fiocruz por meio do Parecer n° 27/08 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CEP SMSA-PBH Parecer 35/2008). Em Aracaju, a realização da pesquisa foi autorizada pelo Secretário Municipal de Saúde por meio do ofício n. 2498/2008 NUPLAN/SMS/PMA de 16 de julho de 2008. Em Florianópolis e Vitória o projeto recebeu parecer favorável, além da autorização para sua realização, da Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde da SMS de Florianópolis por meio do ofício 008/2008 de 19 de maio de 2008 e, em Vitória com base no comunicado interno 250/2008 de 7 de maio de 2008 da Gerência de Informação e Desenvolvimento em Saúde da SEMUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research* 2010; 10:65.
2. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344(8930):1129-33.
3. Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, Komaromy M, Vranizan K, Lurie N et al. Preventable Hospitalizations and Access to Health Care. *JAMA* 1995; 274:305-11.
4. Mendes EV. Uma Agenda para a Saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1999.
5. Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. *Health Services Research* 2003; 38(3):831-65.
6. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.
7. Watson DR, 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. <http://www.chspr.ubc.ca/files/publications/2004/chspr04-19.pdf>. (acessado em 14/Jan/2010).
8. Organização Panamericana de Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Washington, DC: World Health Organization; 2005.
9. Testa M. Pensar em Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
10. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(5):951-963.
11. Conill E, Fausto M. Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Rio de Janeiro: EuroSocial Salud; 2007.
12. Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E. Improved Health System Performance Through Better Care Coordination. Paris: OECD; 2007.

13. Oliveira JAA, Teixeira SMF. (Im) Previdência social brasileira. Rio de Janeiro: Abrasco; 1986.
14. Viana ALD, Dal Poz MR. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva* 1998; 8(2):11-48.
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Editora MS, 2006.
16. 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 Saúde Pública* 2008; 24(8):1727-1742.
17. 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*, 10. Brasília, DF: Organização Panamericana de Saúde/Ministério da Saúde; 2006.
18. 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 extrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(3):633-641.
19. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(3):683-703.
20. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(3):669-681.
21. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria Nº- 154, de 24 de janeiro de 2008” - Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. *Diário Oficial da União*. Nº 43, 4 de março de 2008.
22. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília/DF: Editora MS; 2006.
23. Calnan M, Hutten J, Tiljak H. The challenge of coordination: the role of primary care professional in promoting integration across the interface. In: Saltman RS, Rico A, Boerma WGW (ed) *Primary care in the driver’s seat? Organizational reform in European primary care*. Berkshire: Open University Press; 2007. p. 85-104.
24. Gérvas J, Rico A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primaria. *SEMERGEN* 2005; 31(9):418-23.
25. 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.
26. Boerma WGW. Coordination and Integration in European primary care. In: Saltman RS, Rico A, Boerma WGW (ed) *Primary care in the driver’s seat? Organizational reform in European primary care*. Berkshire: Open University Press; 2007. p. 3-21.
27. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield B, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003; 327:1219-1221.
28. Gérvas J, Rico A. Innovación en la Unión Europea (UE – 15) sobre la coordinación entre atención primaria y especializada. *Med Clin (Barc)* 2006; 126:658-61.

29. Ojeda JJ, Freire JM, Gervas J. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: Reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? *Rev Adm Sanit* 2006; 4(2):357-82.
30. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad Saúde Pública* 2004; 20 (Sup 2):331-6.
31. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM, coordenadores. Estudos de Caso sobre a Implementação da Estratégia Saúde da Família em Grandes Centros Urbanos. Relatório Final. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2009. <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=9439&tip=B>
32. Conill E. Sistemas Comparados de Saúde. In: Campo GWS, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM (org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Editora Hucitec/Editora Fiocruz; 2006. p.563-613.
33. Labra ME. Complexidades e Singularidades dos Sistemas de Saúde. *Revista da Associação de Saúde Pública do Piauí* 1999; 2(1):05-14.
34. Becker H. Observação Social e Estudos de Casos Sociais. Métodos de pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: Editora Hucitec; 1994. p. 177-133.
35. Hartz Z. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. *Ciênc Saúde Coletiva* 1999; 4(2):341-353.
36. Yin RK. *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman; 2005.
37. Veney JE, Kaluzny AD. *Evaluation and Decision Making for Health Services*. Ann Arbor Michigan: Health Administration Press; 1991.
38. Minayo MCS; Assis SG, Souza ER (orgs). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
39. Greene JC. *Mixed Methods in Social Inquiry*. San Francisco: Jossey-Bass; 2007.
40. Mendes EV. *A Atenção Primária à Saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
41. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. *Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos: síntese dos principais resultados*. 2ª ed. Brasília, DF: Editora MS; 2005.
42. World Health Organization. *Primary Health Care. Now more than ever. The World Health Report 2008*. Geneva: WHO; 2008.
43. Rico A, Saltman R, WGW Boerma. Organizational Restructuring in European Health Systems: The Role of Primary Care. *Social Policy & Administration* 2003; 37(6):592-608.
44. Rico A, Saltman R. Un mayor protagonismo para la atención primaria? Reformas organizativas de la atención primaria de salud en Europa. *Rev de Adm Sanit* 2002; 6(21):39-67.
45. Gervas J, Mena OP, Mainar AS. Capacidad de respuesta de la atención primaria y redes de servicios. El caso del Consorci Hospitalari de Catalunya. *Aten Primaria* 2006; 38(9):506-10.
46. Gervas J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. *Aten Primaria* 1995; 16(8):501-06.

47. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Equipe de Saúde da Família – (Serie B. Textos Básicos de Saúde). Brasília, DF: Editora MS; 2005.
48. Viana ALA, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Novaes MHD. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(3):577-606.
49. Hartz ZMA, Felisberto E, Silva LMV (orgs.). *Meta-Avaliação da Atenção Básica: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
50. Harzheim E; Starfield B; Rajmil L; Álvarez-Dardet C; Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(8):1649-1659.
51. Landman C, Mendonça MHM, Andrade CLT. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro 2005; 11(3):643:656.
52. 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 Saúde Pública* 2008; 24(8):1727-1742.
53. 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 Saúde Pública* 2010; 26(2):286-298.

ARTIGO 1. AVALIAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL: MAPEAMENTO E ANÁLISE DAS PESQUISAS REALIZADAS E/OU FINANCIADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE ENTRE OS ANOS DE 2000 E 2006^{III}

Patty Fidelis de Almeida^{IV}
Lígia Giovanella^{IV}

Resumo

O artigo apresenta mapeamento e análise das pesquisas de monitoramento e avaliação em Atenção Básica à Saúde realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde, concluídas e publicadas entre 2000 e 2006. Foram localizadas 11 pesquisas finalizadas porém não publicadas, 84 em andamento, 14 concluídas e com divulgação parcial dos resultados. Os primeiros estudos, realizados entre 2000 e 2002, foram, principalmente, análises do processo de implantação do Programa Saúde da Família para detectar fragilidades, potencialidades e custos, podendo ser caracterizados como “avaliação para decisão”, com privilégio da visão de gestores e profissionais. Outra característica parece ter sido a fragmentação na realização destas pesquisas, muitas vezes, desenvolvidas simultaneamente, com objetivos e metodologias semelhantes. Quanto à divulgação dos resultados, a maior parte encontra-se em formato de relatórios técnicos, com linguagem de difícil apreensão. Considera-se que os Estudos Linhas de Base, realizados a partir de 2004, representam um avanço ao incorporar elementos que parecem superar debilidades dos processos anteriores como: avaliação de impacto, compartilhamento das metodologias e resultados, envolvimento de atores das secretarias municipais e estaduais, capacitação de técnicos para avaliação e o ponto de vista dos usuários.

Palavras-chave: Avaliação em Atenção Básica à Saúde, Monitoramento, Programa Saúde da Família

^{III} Artigo publicado nos Cadernos de Saúde Pública 2008; 24(8):1727-1742.

^{IV} Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde – Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz

Assessment of Primary Health Care in Brazil: mapping and analysis of research carried out and/or financed by the Ministry of Health between 2000 and 2006

Abstract

This article presents a mapping and analysis of monitoring and assessment researches in Primary Health Care, carried out and/or financed by the Ministry of Health which were completed and published between 2000 and 2006. From the total of researches found (109), eleven were finished, eighty four were ongoing and fourteen were concluded with partial results dissemination. First studies carried out between 2000 and 2002 were addressed to analyse the implementation process of the Family Health Program in order to detect its weaknesses, potentialities and costs, and could be characterized as “evaluation for decision-making”, emphasizing managers and professionals vision. Another feature identified was the fragmentation in the development of these researches, usually carried out at the same time with similar objectives and methodologies. Most of the dissemination was found in the format of technical reports using specialized language of difficult understanding. The Proesf baseline studies carried out since 2004, represent an advance by incorporating elements that seem to overcome some of the weakness of previous processes, such as impact assessments, methodologies and results sharing, involving actors from municipal and state secretaries, and technicians training in assessment activities process and including beneficiaries vision.

Key words - Assessment in Primary Health Care, Monitoring, Family Health Program

INTRODUÇÃO

Estudos apontam que sistemas orientados pela Atenção Primária à Saúde (APS) apresentam resultados positivos em relação à provisão de melhores cuidados em saúde para suas populações, tanto no que se refere ao alcance de maior equidade e eficiência quanto em relação à continuidade da atenção e satisfação dos usuários^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8}. Além disso, há um certo consenso de que a atenção primária deve constituir-se como base do sistema de saúde com capacidade para organizá-lo em sua totalidade^{9, 10, 4}.

No Brasil a Atenção Básica à Saúde (ABS), denominação que corresponderia ao que a literatura internacional tem chamado Atenção Primária à Saúde, vem sofrendo inovações importantes desde os anos de 1990, principalmente a partir da expansão de cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Para o ano de 2006, segundo dados do Ministério da Saúde (MS), aproximadamente 82 milhões de brasileiros estavam cadastrados por equipes de saúde da família. Neste cenário, são crescentes a necessidade e o interesse em avaliar e monitorar os resultados alcançados em relação à organização e provisão dos serviços e também no que se refere aos possíveis impactos produzidos na saúde e bem-estar das populações.

A partir dos anos 2000, observou-se esforços no sentido de avaliar a ABS em seus diversos aspectos, empreendidos por centros acadêmicos e fortemente induzidos pelo MS por meio de financiamento, apoio e realização de pesquisas na área de monitoramento e avaliação. Neste mesmo ano, foi criada a Coordenação de Investigação no interior do Departamento de Atenção Básica (DAB), com o objetivo de formular e conduzir propostas de avaliação em atenção básica que, neste primeiro momento, focaram o monitoramento da estrutura, processo e resultado por meio de dados obtidos nos sistemas de informação em saúde e de avaliações normativas¹¹.

Em 2003, frente à considerável expansão de cobertura pela ESF e dos novos desafios decorrentes da implantação, principalmente nos centros urbanos com população superior a 100.000 habitantes, a então Coordenação de Investigação passou a chamar-se Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB) com a missão de fortalecer o papel da avaliação enquanto importante instrumento para a gestão do SUS com vistas a criação de uma cultura avaliativa nas três esferas de governo. Ganhou ênfase a partir deste período a preocupação em disseminar os resultados obtidos nos estudos e a interlocução entre o saber produzido e os atores envolvidos nos processos decisórios. Também no ano de 2003 uma série de discussões foi desencadeada a fim de construir as bases de uma política nacional para o

monitoramento e avaliação da ABS, com a formação da Comissão de Avaliação da Atenção Básica envolvendo gestores e técnicos de vários setores do MS¹².

Entre os desafios presentes no campo, encontra-se a realização de pesquisas que apótem evidências sobre os impactos das inovações propostas pela Estratégia Saúde da Família na organização do sistema e na saúde das populações. Segundo Almeida e Macinko¹³ a maior parte das avaliações realizadas no país enfocam os processos de implementação do Programa Saúde da Família (PSF) e avaliam o impacto da atenção por meio de indicadores fortemente determinados por fatores como renda, saneamento, educação, entre outros. Para os autores ainda são escassos os estudos que propõem avaliar o desempenho do sistema de atenção básica de forma global. Outro desafio a ser enfrentado relaciona-se à criação de mecanismos institucionais que permitam regularidade de análise dos dados¹⁴.

Com o objetivo de contribuir para as discussões em torno do estado da arte dos estudos em avaliação e monitoramento da Atenção Básica à Saúde no Brasil, o presente artigo apresenta um mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde, concluídas e publicizadas no período de 2000 a 2006. A escolha justificou-se pelo reconhecimento dos esforços e iniciativas do gestor federal na tentativa de institucionalizar a avaliação da ABS no SUS e o significativo número de estudos realizados ou apoiados por esta esfera de governo. O período foi selecionado em função das transformações institucionais ocorridas ao interior do MS com a criação da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB), a instituição da Comissão de Avaliação da Atenção Básica e a significativa expansão de cobertura pelo PSF observada entre os anos de 2000 e 2006.

MÉTODOS

Para efeito da seleção dos trabalhos analisados considerou-se “avaliação” todas as pesquisas cujo objetivo principal foi proceder um julgamento sobre uma intervenção ou alguns de seus elementos constitutivos para auxiliar na tomada de decisão, descrever ou caracterizar determinada realidade, testar hipóteses, fazer recomendações ou estabelecer normas. Assim, foram selecionados todos os estudos, quantitativos e/ou qualitativos, cujos objetivos e desenho metodológico envolveram coleta sistemática de informações por meio de dados primários e/ou secundários, com o propósito de fornecer algum tipo de subsídio aos processos decisórios ou auxiliar o planejamento e expansão da ABS no país.

As pesquisas selecionadas foram classificadas em um amplo espectro como “avaliação da atenção básica”. Reconhece-se que este conjunto de trabalhos incorporou também os estudos de monitoramento e de avaliação pontual. Segundo Vieira da Silva¹⁵ “*o monitoramento corresponderia ao acompanhamento sistemático sobre alguma característica dos serviços enquanto que a avaliação pontual refere-se ao julgamento sobre os mesmos em um determinado ponto do tempo*” (p.16). Para a autora, embora o monitoramento possa produzir informações necessárias à realização de uma avaliação, não pode ser tomado como sinônimo, ao menos quando esta atividade se resume ao registro contínuo de variáveis ao longo do tempo. A realização de pesquisas ou investigações avaliativas exigiria a formulação de uma pergunta específica para orientar a análise dos achados empíricos. Hartz¹⁶ discute a histórica ligação entre monitoramento e avaliação, mas também reconhece a distinção entre os dois tipos de estudo. Aponta ainda que a apreensão dos possíveis componentes inovadores no campo da atenção básica exige, além do monitoramento dos indicadores já existentes, desenvolvimento de pesquisas avaliativas.

Considera-se freqüentemente como pesquisa avaliativa os trabalhos cujo desenho metodológico atende aos requisitos da pesquisa experimental, que corresponderiam aos ensaios clínicos randomizados, fortemente induzidos pelo movimento da Medicina Baseada em Evidências. Contudo, no campo da Saúde Pública, e particularmente na área de avaliação de programas, este modelo vem sofrendo uma série de críticas tanto éticas quanto operacionais como a dificuldade e altos custos na escolha aleatória de participantes, longo tempo demandado para realização e impossibilidade ética de observar um grupo de pessoas com determinado problema sem apontar soluções ou submetê-las a práticas “placebo”^{15, 17}. Além disso, um dos limites dos estudos experimentais refere-se às longas cadeias causais que caracterizam os fenômenos coletivos. Ao contrário da pesquisa clínica, na qual é relativamente curta a cadeia causal entre a exposição e o desfecho, na saúde pública, as cadeias causais são longas, complexas e modificáveis por fenômenos externos à intervenção sob análise. Assim, conforme aponta Santos e Victora¹⁷ há um certo consenso no campo da avaliação de programas de saúde de que os estudos randomizados nem sempre são factíveis, apropriados ou mesmo necessários, principalmente quando se deseja testar o impacto em larga escala destes programas.

Considerou-se para seleção das pesquisas, além dos estudos de monitoramento, aqueles classificados como estruturados que englobam os clássicos desenhos experimentais, os quase-experimentais e os não-experimentais; e os chamados semi-estruturados. Entre as estratégias estruturadas estão os estudos do tipo caso-controle, coorte, ecológico, transversal, entre outros.

Como exemplos de desenhos semi-estruturados destacam-se os estudos de caso com a utilização de técnicas de coleta de dados como a observação etnográfica, os grupos focais, entrevistas, história de vida e análise documental^{18,15}. Conforme será discutido posteriormente, os estudos analisados neste artigo foram do tipo observacional, principalmente, estudos ecológicos, transversais e estudos de caso com o objetivo de geração de diagnósticos e hipóteses a partir de etapas iniciais de implementação do PSF.

A partir dos critérios apresentados, procedeu-se a busca das pesquisas e dos relatórios por meio da página do Ministério da Saúde (<http://www.saude.gov.br>), no link “Saúde da Família”. Na página do DAB há entradas específicas para “Acompanhamento e Avaliação”, “Publicações”, “Estudos e Pesquisas”. Também foi realizada busca na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS: <http://www.saudepublica.bvs.br>) considerando-se as publicações do “Portal de Bases Bibliográficas” no “Acervo da Biblioteca do Ministério da Saúde” a partir dos descritores: “Atenção Básica à Saúde”, “Avaliação do Programa Saúde da Família” e “Programa Saúde da Família”. O objetivo foi constatar se havia alguma pesquisa em avaliação da ABS realizada no âmbito do MS que não estava disponível em sua página. Foram consultados também documentos institucionais como Editais de Pesquisa e Termos de Referência relacionados ao tema.

Neste artigo é descrito o conjunto dos estudos em avaliação e monitoramento da ABS financiados e/ou realizados pelo MS entre os anos de 2000 e 2006, mas analisados apenas aqueles finalizados até 2006 e cujos relatórios finais ou síntese foram publicizados no período. Cabe destacar que eventuais pesquisas podem ter sido realizadas entre estes anos, mas não divulgadas nas fontes de informação consultadas neste artigo. Para análise alguns aspectos das pesquisas selecionadas são destacados: objetivos, desenho metodológico, atores considerados e divulgação dos resultados. O critério utilizado para analisar um dos aspectos da disseminação dos resultados das pesquisas foi a busca de artigos científicos gerados com base nos estudos selecionados em periódicos considerados pelo próprio MS como publicações de interesse para os temas de avaliação e monitoramento da ABS. A busca foi realizada a partir dos nomes dos pesquisadores, coordenadores e/ou equipe de coordenação responsáveis pela condução do trabalho. Foram selecionados cinco periódicos nacionais cujos mecanismos de pesquisa *on-line* permitem a busca por autores: Cadernos de Saúde Pública, Ciência & Saúde Coletiva, Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Revista de Saúde Pública e Revista Saúde em Debate.

Por fim, apresenta-se uma categorização dos estudos a partir de alguns elementos da tipologia proposta por Novaes¹⁹ que por meio de critérios busca orientar conceitual e metodologicamente

a construção de processos de avaliação, quais sejam: objetivo da avaliação, posição do avaliador, enfoque priorizado, contexto, forma de utilização da informação produzida, tipo de juízo formulado e temporalidade da avaliação.

RESULTADOS

Foi identificado um total de 110 pesquisas classificadas em três grandes grupos: estudos “Linha de Base do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf)” selecionados por edital público, estudos de fomento à pesquisa acadêmica selecionados por meio do “Edital MCT-CNPq/MS-DAB/SAS – Nº 49/2005 – Pesquisas Avaliativas em Atenção Básica à Saúde” e “Estudos de apoio à expansão do PSF”. No primeiro grupo encontram-se 14 lotes de pesquisa distribuídos entre todos os municípios com população acima de 100.000 habitantes, já concluídas mas com divulgação parcial de resultados até o ano de 2006. O segundo é composto por 84 pesquisas de apoio a teses de doutorado, dissertações de mestrado e auxílio à pesquisa, iniciadas porém não concluídas no período analisado. O terceiro grupo está conformado por 12 pesquisas finalizadas cujos relatórios finais ou síntese estão disponíveis nas bases de dados consultadas. Do conjunto de estudos, apenas um foi excluído da análise por tratar-se de uma validação de instrumento para medida da qualidade em saúde da família, logo não atendia aos requisitos determinados para seleção dos trabalhos.

Estudos Linha de Base do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família

No ano de 2004 foi realizada chamada pública pelo Departamento de Atenção Básica por meio de Termo de Referência para o desenvolvimento de estudos avaliativos – Linhas de Base – como parte de um dos componentes do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família, financiado pelo Banco Mundial. O propósito da realização dos estudos foi subsidiar e fortalecer a institucionalização do monitoramento e avaliação em ABS, o planejamento local em saúde e compreender os diversos “movimentos de expansão” e possíveis transformações decorrentes da implantação da Estratégia Saúde da Família. Além disso, a constituição de um amplo estudo de linha de base possibilitaria o acompanhamento subsequente dos resultados e impactos do programa. Ao envolver diferentes atores na realização dos estudos como as secretarias estaduais e municipais de saúde, Pólos de Educação Permanente e instituições de ensino e pesquisa, buscou-se estimular a co-responsabilidade e unificação de esforços²⁰.

As propostas apresentadas deveriam ser estruturadas em quatro dimensões: político-institucional; organizacional da atenção; do cuidado integral; e do desempenho dos sistemas de

saúde, avaliadas por meio de estudos quantitativos e qualitativos. A divulgação de resultados parciais aponta a realização desde estudos ecológicos com o uso de dados secundários, a estudos transversais e estudos de caso cuja base populacional foi composta por áreas com e sem PSF (quadro 1). Destacou-se a pluralidade de fontes de dados como questionários, entrevistas, documentos e sistemas de informação, até grupos focais. As avaliações consideraram a perspectiva de diversos atores: gestores, profissionais, usuários do sistema de saúde e representantes do controle social. Alguns estudos incorporaram também representantes do legislativo e executivo municipais²¹.

Conforme demonstra o quadro 1, os estudos foram realizados em todos os municípios brasileiros com população superior a 100.000 habitantes, agrupados em 14 lotes, e executados por oito instituições de pesquisa, localizadas em seis estados²². O Termo de Referência previa também o compartilhamento das experiências de pesquisa, tanto das metodologias utilizadas quanto dos resultados alcançados entre as diversas instituições acadêmicas, além de publicações e divulgação em seminários e outros eventos. Embora todos tenham sido finalizados até o ano de 2006, os relatórios finais ainda não foram disponibilizados pelo MS no período abarcado por este trabalho. Contudo, resultados parciais deste conjunto de pesquisas foram publicados em número temático de periódico nacional²³.

Quadro 1 – Estudos Linha de Base do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf), descrição preliminar segundo metodologia utilizada – Brasil – 2006

Lotes	Instituição Executora	Municípios	Tipo de estudo	Desenho predominante do estudo	Fontes de informação principais	Atores envolvidos
Sudeste 1 (ES, MG)	Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva/UERJ	31	Quantitativo e Qualitativo	Estudos de Caso, Transversal e Ecológico	Documentos, dados SIS, entrevista semi-estruturada, observação direta, fluxograma, questionário, análise de registros	Usuários, gestores/técnicos, profissionais
Sul 2 (SC RS) e Nordeste 2 (RN, PB, PE, AL, PI)	Universidade Federal de Pelotas	41	Quantitativo	Estudo Transversal	Documentos, entrevista, questionários, grupo de discussão, registro de atendimento	Usuários, gestores/técnicos, profissionais, conselheiros de saúde
Norte 2 (PA, AP) 3 (TO, MA)	Fundação CESGRANRIO	16	Quantitativo e Qualitativo	Estudo de Caso, Transversal, Acreditação, Georeferenciamento	Documentos, dados SIS, entrevista estruturada, questionário, instrumento de acreditação de UBS	Usuários, gestores/técnicos, lideranças políticas, comunitárias e de saúde, profissionais
Sudeste 2 (RJ), Norte 1 (AC, AM, RR, RO)	Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz	27	Quantitativo e Qualitativo	Estudo de caso, Transversal e Ecológico	Dados SIS, Censo/IBGE, IDH-M, prontuários, questionário, observação, grupo focal	Usuários, gestores/técnicos, profissionais
Sul 1 (PR, SC)	Universidade Estadual de Maringá	20	Quantitativo e Qualitativo	Estudo de caso e Transversal	Documentos, produção científica, entrevista estruturada, observação, entrevista em grupo	Usuários, gestores/técnicos, vereadores, profissionais, conselheiros de saúde
Centro-Oeste 1 (DF, MT) e 2 (GO, MS)	Núcleo de Estudos da Saúde Coletiva/ Faculdade de Medicina/UFMG	13	Quantitativo e Qualitativo	Estudo de caso e Transversal	Documentos, IBGE, IDH-M, entrevista semi-estruturada, questionário	Usuários, gestores/técnicos, profissionais, conselheiros de saúde, legislativo
Nordeste 1 (BA, SE, CE)	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	21	Quantitativo e Qualitativo	Estudo de caso, Ecológico e Transversal	Documentos, SIS, entrevista, questionário, observação, grupo focal	Usuários, gestores/técnicos, profissionais
Sudeste 3, 4 e 5 (SP)	FFM/USP (Consórcio Medicina USP)	62	Quantitativo e Qualitativo	Estudo de caso e transversal	Documentos, SIS, IBGE, SEADE, questionário, entrevista, grupo focal	Usuários, gestores/técnicos, profissionais, conselheiros de saúde

Fonte: Seminário de Discussão dos Estudos de Linha de Base em Saúde da Família²¹, Informe da Atenção Básica nº 27²², Ciência & Saúde Coletiva²³ – Elaboração própria.

Edital MCT-CNPq/MS- DAB/SAS – Nº 49/2005

Outra importante iniciativa do MS foi o Edital MCT-CNPq/MS-DAB/SAS – Nº 49/2005 – Pesquisas Avaliativas em Atenção Básica à Saúde – que financia uma série de projetos com objetivo de expandir o conhecimento básico e aplicado sobre avaliação da atenção básica para fortalecer a institucionalização destas ações no SUS. Foram aprovados 84 projetos de pesquisa sendo 18 na modalidade apoio à dissertação de mestrado, 18 de apoio à tese de doutorado e 48 na modalidade auxílio à pesquisa. As propostas deveriam contemplar um dos cinco grandes eixos referidos no edital: avaliação da gestão e reorganização da atenção básica em municípios acima de 100.000 habitantes; complexo produtivo em saúde e financiamento da atenção básica; institucionalização da avaliação na atenção básica no âmbito do SUS; desenvolvimento e validação de metodologias de análise e avaliação da atenção básica; e processo de trabalho em saúde²⁴. Além do caráter indutivo desempenhado pelo MS ao financiar este conjunto de pesquisas, está previsto a constituição de grupos de acompanhamento dos estudos a fim de promover maior interrelação entre pesquisadores e instâncias gestoras locais¹⁴.

Embora as pesquisas ainda estejam em fase de execução sendo o prazo máximo previsto de dois anos, é possível mapear alguns aspectos destes estudos a partir da análise dos resumos das propostas disponibilizados na página do MS²⁵. A tabela 1 mostra que a maior parte dos estudos enfocou o tema da gestão, principalmente na modalidade de auxílio à pesquisa. Este grupo englobou estudos de financiamento, processo de trabalho, análises de implantação, acesso, utilização de serviços, integralidade, entre outros, abordados principalmente por meio de estudos quantitativos e qualitativos. Entre as 18 teses de doutorado, também há predomínio das avaliações na área de gestão. Entre as dissertações de mestrado, destacaram-se as avaliações de programas. Foram agrupados na área temática “programas” 30 estudos de saúde materno-infantil (8), que são a maioria, saúde bucal (5), hipertensão/diabetes (4), tuberculose (3), saúde mental (3), saúde do idoso (2), saúde do trabalhador (2), hanseníase (1), saúde da pessoa portadora de deficiência (1) e alimentação e nutrição (1). Aproximadamente 42% dos projetos aprovados associaram abordagens quantitativas e qualitativas, sendo a menor proporção de estudos apenas quantitativos encontrados entre as teses e dissertações. Ainda que o Edital seja voltado a pesquisas avaliativas em ABS algumas propostas trataram de investigações acerca da percepção e crença dos profissionais sobre práticas em saúde, desenvolvimento de competências e construção de modelos teóricos.

Tabela 1 – Pesquisas financiadas pelo Edital MCT-CNPq/MS-DAB/SAS nº 49/2005 segundo área temática e tipo de estudo – Brasil – 2006

Modalidade	Área temática						Tipo de Estudo		
	Total	Gestão	Avaliação	Controle Social	Programas	EPS*	Quant.	Qualit.	Quant/Qualit
Doutorado	18	9	-	-	8	1	3	8	7
Mestrado	18	6	3	2	7	-	2	8	8
Auxílio à Pesquisa	48	20	8	4	15	1	12	16	20
Total	84	35	11	6	30	2	17	32	35

Fonte: Projetos em Andamento – Edital CNPq²⁵ - Elaboração própria

* Educação Permanente em Saúde

Estudos de apoio à expansão do PSF

Em relação aos estudos financiados e/ou realizados pelo MS, concluídos e com relatórios finais ou relatórios síntese divulgados entre os anos de 2000 e 2006, foram identificados 11 que atendem à classificação adotada neste trabalho para caracterizar as pesquisas em “avaliação da atenção básica”, conforme mostra o quadro 2. Estes estudos foram classificados como de apoio à expansão do PSF e, na maior parte das vezes, realizados por meio de demandas esparsas a instituições acadêmicas, por consultores contratados ou técnicos do próprio MS. A maioria dos estudos foi realizada entre os anos de 2001 e 2002, que coincide com período de grande expansão da cobertura por equipes de saúde da família. Os principais aspectos abordados foram referentes ao processo de implantação e monitoramento do PSF, embora sejam encontrados estudos sobre temas específicos como promoção da saúde e educação permanente. As instituições acadêmicas executoras encontram-se, predominantemente, na região Sudeste, principalmente no eixo Rio de Janeiro e São Paulo.

- **Quanto aos objetivos propostos**

Para o conjunto das 11 pesquisas analisadas, em relação ao objetivo principal, observou-se que a maior parte, ou seja, quatro estudos, buscaram avaliar e monitorar o processo de implantação do PSF no país a partir da caracterização dos municípios quanto às condições de gestão, rede de serviços de saúde, posição de atores-chave, maturidade institucional, mecanismos de referência e contra-referência, infra-estrutura das unidades e processo de trabalho das equipes para identificar, principalmente, condições de contexto que favoreciam ou dificultavam a substituição do modelo de atenção^{26, 27, 28, 29}.

Foram encontrados três estudos com foco na determinação de padrões de custo e financiamento do PSF a fim de avaliar a suficiência e montante de recursos necessários à expansão do

programa. A avaliação do impacto da descentralização dos recursos financeiros por meio do Piso de Atenção Básica (PAB) também foi alvo destes estudos^{30, 31, 32}.

Tanto as análises de implantação quanto as avaliações de custo e financiamento foram realizadas entre os anos de 2000 e 2002 e buscaram oferecer elementos para subsidiar a etapa de expansão do Saúde da Família, principalmente nos municípios com população acima de 100.000 habitantes, nos quais, historicamente, foram identificadas as maiores dificuldades em relação ao aumento de cobertura. Entre as principais barreiras identificadas para expansão destacou-se o modelo de transferência de recursos financeiros em função da faixa de cobertura, a convivência paralela de diferentes modelos de atenção básica, a ausência de mecanismos de integração da rede, entre outras.

Foi realizado também um conjunto de estudos para avaliar os Pólos de Educação Permanente em Saúde com o objetivo de construir tipologias, analisar a estrutura organizacional, a articulação interinstitucional, as estratégias educacionais, o projeto de ensino e a relação entre o projeto educacional dos Pólos e as necessidades operacionais das equipes de saúde da família^{33, 34}.

Entre os 11 estudos finalizados e disponíveis para consulta, um descreveu e analisou experiências de promoção da saúde em atenção básica desenvolvidas por equipes de saúde da família, bem como as principais representações sociais acerca do tema. Identificou-se condições favoráveis à replicabilidade e sustentabilidade destas práticas em diferentes contextos sociais e demográficos³⁵.

Um estudo descreveu a cobertura do PSF no país entre os anos de 1998 a 2004, e a evolução de indicadores nas áreas de saúde da criança, mulher, adulto segundo cobertura pela Estratégia Saúde da Família e também pelo IDH municipal. O trabalho apresentou tendências de comportamento de alguns indicadores de saúde relacionando-os à cobertura pelo programa, ressaltando-se, contudo, os limites deste tipo de abordagem em função do impacto de fatores socioeconômicos, demográficos, políticos e culturais na determinação das condições de vida e situação de saúde, além da própria mobilidade em relação à cobertura pelo PSF³⁶.

- **Sobre as metodologias utilizadas**

Conforme mostra o quadro 2, em relação às metodologias utilizadas predominaram as abordagens quantitativas. Entre os 11 estudos selecionados, sete foram estudos quantitativos do tipo estudo ecológico, estudo transversal e estudo de caso. Consideraram-se estudos ecológicos

aqueles nos quais a unidade de análise é uma determinada população ou grupo de pessoas pertencentes a uma área geográfica delimitada, como por exemplo, um estado ou um município, e que utilizam como fonte de informação bases de dados nacionais³⁷. Nos estudos ecológicos analisados as principais fontes de dados foram os sistemas nacionais de informação do SUS como o SIA, SIH, SINASC, SIAB, PNI, SIOPS e o SIM; o Censo Demográfico 2000 do IBGE e as estimativas populacionais para os anos seguintes; e o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

Os estudos classificados como transversais caracterizam-se pela observação direta de determinado número de indivíduos em uma única oportunidade cujo recurso de medida, geralmente, é o questionário³⁸. Já os estudos de caso buscam responder a questões do tipo “como” e “por que”, com foco em fenômenos inseridos em contexto da vida real, onde o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e cujo objetivo é contribuir para o conhecimento de fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupos³⁹. Seu desenho implica incorporação de metodologias quantitativas e qualitativas e de fontes de informação diversas. Nas pesquisas analisadas o principal instrumento utilizado para a coleta de dados primários tanto nos estudos transversais como nos estudos de caso foi o questionário de autopreenchimento ou aplicado por pesquisadores de campo a gestores do SUS, profissionais das equipes, representantes do controle social e famílias usuárias dos serviços de saúde. Entre as fontes de informação dos estudos de caso encontraram-se também entrevistas semi-estruturadas e observação participante.

Dos sete estudos quantitativos analisados, quatro foram classificados como de monitoramento, ou seja, caracterizados pela aplicação de critérios e normas ao acompanhamento de determinada condição⁴⁰. “O programa de saúde da família: evolução de sua implantação no Brasil”²⁶ foi um estudo ecológico que analisou os 3.902 municípios que haviam implantado o PSF até dezembro de 2001. Variáveis e indicadores da situação socioeconômica e demográfica, gestão, financiamento, produção ambulatorial e hospitalar, implantação e cobertura pelo PSF foram acompanhados no período de 1998 a 2001.

Realizada entre os anos de 2000 e 2001, a pesquisa “Indicadores de monitoramento da implantação do PSF em grandes centros urbanos”²⁹ por meio de um estudo ecológico cuja unidade de análise também foi o município com população acima de 100.000 habitantes, propôs a construção de um banco de indicadores para monitorar o desempenho da atenção básica a partir da caracterização socioeconômica e demográfica, da trajetória dos sistemas de saúde e da criação de tipologias de município com e sem PSF. Neste mesmo estudo, para

identificar estratégias e dificuldades para implementação do programa foi realizado inquérito com secretários municipais de saúde e coordenadores do PSF.

A “Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família – 2001/2002”²⁸ realizada pelo próprio MS, foi um estudo transversal de caráter censitário desenvolvido em todos os municípios com equipe de saúde da família entre os anos de 2001 e 2002, com aplicação de questionário para profissionais de saúde a fim de identificar aspectos da implantação, infraestrutura da unidade, processo de trabalho, acesso aos serviços, procedimentos de referência e recursos humanos.

O quarto trabalho classificado como de monitoramento - “Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados – 1998-2004”³⁶ também realizado no interior do MS, foi um estudo ecológico de caráter exploratório cuja unidade de análise foi o município. Ao contrário dos três estudos anteriores que investigaram questões relativas à implantação do PSF, este trabalho objetivou monitorar a cobertura pelo programa buscando correlacioná-la a possíveis mudanças em indicadores de saúde reconhecidamente sensíveis às ações de atenção básica.

Outros dois estudos de caso com abordagem quantitativa: “Determinação e avaliação do custo do PSF”³⁰ e “Custo e avaliação de impacto da implantação da parte fixa do PAB”³¹ desenvolveram análises de custos com utilização de questionário e dados dos sistemas nacionais de informação. O primeiro, realizado entre os anos de 2000 e 2001, por meio do preenchimento de questionários por técnicos das prefeituras, secretarias municipais de saúde e profissionais das equipes, calculou os custos das ações desenvolvidas pelo PSF, estimando-se os valores necessários para atingir cobertura de 80 milhões de habitantes. O segundo estudo, realizado entre 2001 e 2002, buscou estimar os custos dos itens financiados pela parte fixa do PAB a fim de analisar a suficiência dos recursos repassados pelo MS e os efeitos do incentivo na produção ambulatorial dos municípios.

A pesquisa “A concepção dos Pólos como recurso institucional de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para Saúde da Família”³⁴, também de abordagem quantitativa, mediante aplicação de questionário para secretários municipais de saúde, profissionais do PSF e famílias usuárias, analisou as atividades desenvolvidas pelos Pólos de Educação Permanente e as necessidades detectadas pelas equipes de saúde.

Apenas dois estudos utilizaram exclusivamente abordagens qualitativas. A pesquisa “Formação de profissionais para Saúde da Família: avaliação dos Pólos de Capacitação, Formação e

Educação Permanente de pessoal para o PSF³³ por meio de entrevista semi-estruturada e análise documental buscou caracterizar os Pólos de Educação Permanente de dez estados quanto às atividades desenvolvidas, relações interinstitucionais, relação Pólo/PSF e as estratégias educacionais. O estudo “Promoção de Saúde na Atenção Básica no Brasil”³⁵, realizado em 2005, analisou a sustentabilidade das práticas de promoção por meio da intersectorialidade, participação social, acesso a bens e serviços, educação em saúde e desenvolvimento de condições de vida saudáveis.

Dos 11 estudos, dois utilizaram metodologias qualitativas e quantitativas. A pesquisa “Análise de Reestruturação dos modelos assistenciais de saúde em grandes cidades: padrões de custo e formas de financiamento”³² desenvolveu estudo ecológico de caráter exploratório em municípios com população acima de 100.000 habitantes e estudos de caso em municípios, por meio de entrevistas semi-estruturadas e análise documental. Assim como os dois outros estudos de custo já mencionados, também analisou estratégias de financiamento e padrões de custos necessários à substituição do modelo assistencial. Por fim, “Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos”²⁷ realizado entre os anos de 2000 e 2001, apresentou estudos em profundidade de grandes centros urbanos a partir de estudo transversal com aplicação de questionários para profissionais do PSF e famílias usuárias; e entrevistas semi-estruturadas com gestores das secretarias municipal e estadual de saúde e representantes dos conselhos municipais para identificar elementos facilitadores e limitantes à implementação do PSF considerando-se o estabelecimento de vínculos entre ESF e a comunidade, substituição do modelo de atenção à saúde e articulação com a rede de serviços.

- **Quanto aos atores privilegiados**

Conforme mostra o quadro 2, entre as pesquisas que coletaram dados primários, tanto por meio de entrevistas semi-estruturadas quanto pela aplicação de questionários, observou-se que os atores privilegiados foram os gestores e técnicos das secretarias municipais de saúde, consultados em oito dos nove estudos que utilizaram esta fonte de dados. Técnicos e representantes dos Pólos de Educação Permanente foram entrevistados em uma pesquisa³³. Os componentes da equipe de saúde da família foram entrevistados em seis estudos. Nesta categoria destacaram-se os profissionais de nível superior, principalmente médicos e enfermeiros. Apenas três estudos incorporaram profissionais de nível médio e agentes comunitários de saúde (ACS). Os usuários foram consultados em três pesquisas e representantes do Conselho Municipal de Saúde (CMS) em apenas dois estudos.

Quadro 2 – Pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde em avaliação da Atenção Básica segundo instituição executora, metodologia utilizada e atores envolvidos – 2000 a 2006 – Brasil

Título do Estudo e Instituição Executora	Tipo de estudo	Desenho predominante do estudo	Fontes de informação		Atores envolvidos
			Dados primários	Dados secundários	
Promoção da Saúde na Atenção Básica no Brasil (NESC/FM/UFGM)	Qualitativo	Estudo de caso	Observação participante, entrevista semi-estruturada	Documentos	Usuários, profissionais, conselheiros de saúde, gestores/técnicos
O programa de saúde da família: evolução de sua implantação no Brasil (ISC/UFBA)	Quantitativo	Estudo Ecológico	–	SIAB, SIA, SIH, SINASC, SIM, Censo Demográfico 2000 e estimativas populacionais – IBGE	–
Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados – 1998-2004 (DAB/MS)	Quantitativo	Estudo Ecológico	–	SIAB; Censo Demográfico 2000/IBGE; Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil; SIM; SINASC; PNI; SIH	–
Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos (ENSP/Fiocruz)	Qualitativo e Quantitativo	Estudo de caso e Transversal	Entrevista semi-estruturada, questionário	Documentos e relatórios produzidos pela SMS, Censo Demográfico 2000/IBGE, SIM, SIH, SIA, SIAB, SIOPS	Usuários, profissionais, conselheiros de saúde, gestores/técnicos
Avaliação Normativa do PSF no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das ESF: 2001-2002 (DAB/MS)	Quantitativo	Estudo Transversal	Questionário, roteiro de observação	–	Profissionais
Determinação e avaliação do custo do PSF (FGV/EPOS Health Consultants)	Quantitativo	Estudo de caso e Transversal	Questionário	–	Profissionais, gestores/técnicos
Indicadores de monitoramento da implantação do PSF em grandes centros urbanos (NEEP/UNICAMP)	Quantitativo	Estudo Transversal e Ecológico	Questionário	Censo 2000 IBGE, SIA, SIH, SIAB, SIA, PNI, SIM, SINASC	Gestores/técnicos
Custo e avaliação de impacto da implantação da parte fixa do Piso de Atenção Básica (ENSP/Fiocruz)	Quantitativo	Estudo de caso e Transversal	Questionário	AMS/IBGE 1992/1999; SIA; SIM; SINASC;	Profissionais, gestores/técnicos

Continuação: Quadro 2 – Pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde em avaliação da Atenção Básica segundo instituição executora, metodologia utilizada e atores envolvidos – 2000 a 2006 – Brasil

Título do Estudo e Instituição Executora	Tipo de estudo	Desenho predominante do estudo	Fontes de informação		Atores envolvidos
			Dados primários	Dados secundários	
Análise de Reestruturação dos modelos assistenciais de saúde em grandes cidades: padrões de custo e formas de financiamento (IMS/UERJ)	Qualitativo e Quantitativo	Estudo de caso e Ecológico	Entrevista semi-estruturada	Documentos e relatórios produzidos pelas SMS; SIOPS; SAI, SIH, IBGE	Gestores/técnicos
Formação de profissionais para SF: avaliação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de pessoal para o PSF (NEEP/UNICAMP)	Qualitativo	Estudo de caso	Entrevista	Análise documental	Usuários, profissionais, gestores/técnicos
A concepção dos Pólos como recurso institucional de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para Saúde da Família (NEEP/UNICAMP)	Quantitativo	Estudo de caso e transversal	Questionário	–	Gestores/técnicos

Fonte: Departamento de Atenção Básica - Estudos e Pesquisas – Elaboração própria.

- **Estratégias de divulgação**

Entre as 11 pesquisas analisadas neste artigo, quatro foram encontradas em publicações impressas pelo próprio MS^{27, 28, 32, 36}. Os exemplares das pesquisas foram distribuídos para secretarias municipais e estaduais de saúde e em eventos científicos promovidos em parceria com instituições acadêmicas. Além das publicações impressas, os relatórios de todas as pesquisas analisadas e suas respectivas sínteses encontram-se disponíveis na página eletrônica do Departamento de Atenção Básica do MS.

Para analisar mais uma das estratégias de divulgação dos resultados dos estudos foi realizada busca em cinco periódicos nacionais por meio dos nomes dos técnicos e coordenadores e/ou equipes de coordenação para identificar artigos publicados a partir das pesquisas gerados até o final do ano de 2007. Foram encontrados quatro artigos: um nos *Cadernos de Saúde Pública* e um na *Revista Saúde em Debate* referentes aos resultados do estudo “Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos”²⁷; e dois artigos publicados no periódico *Ciência & Saúde Coletiva* a partir da pesquisa “Custo e avaliação de impacto da implantação da parte fixa do Piso de Atenção Básica – PAB”³¹.

- **Categorização dos estudos**

Novaes¹⁹, a partir de revisão da literatura internacional na área de avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde, apresenta uma síntese das principais referências conceituais e metodológicas que orientam processos de avaliação. Neste artigo buscou-se categorizar os estudos analisados segundo alguns elementos da tipologia proposta pela autora, ressaltando-se, que em função da própria complexidade do objeto, cada categoria adotada representa formas dominantes, mas não exclusivas. Além disso, não haveria modalidades melhores ou piores, apenas opções conceituais e metodológicas legitimadas pelo conhecimento científico ou por meio de práticas.

O quadro 3 mostra uma classificação dos 11 estudos em análise a partir dos seguintes critérios: “objetivo da avaliação”, considerando-se a produção de conhecimento científico ou conhecimento para tomada de decisão ou gestão; “posição do avaliador” que poderá ser interno ou externo; “ênfase priorizada” voltado à caracterização e/ou compreensão de determinada intervenção ou à quantificação e medidas de impacto; o “contexto” da avaliação caracterizado como natural ou controlado; quanto à “utilização da informação produzida” dirigida à demonstração, informação ou para a gestão, com o desenvolvimento ou aprimoramento de indicadores; o “tipo de juízo

formulado” voltado à comprovação ou negação de hipóteses, recomendações ou normas; e quanto à “temporalidade da avaliação” que poderá ser pontual, corrente ou contínua. Considerando-se ainda a combinação entre as características e variáveis dos processos de avaliação, Novaes¹⁹ identifica três grandes tipologias: pesquisa de avaliação ou investigação avaliativa, avaliação para decisão e avaliação para gestão.

Observou-se que a maior parte dos estudos poderia ser caracterizada como “avaliação para decisão”, cujos objetivos foram, principalmente, subsidiar os processos decisórios referentes à expansão da Estratégia Saúde da Família. Quanto ao enfoque priorizado predominaram estudos para caracterizar e quantificar o objeto de análise, com utilização de metodologias quantitativas e dados produzidos a partir da aplicação de questionários e dos bancos nacionais de informação. Também foram empreendidos estudos voltados à compreensão em profundidade de casos específicos. Conforme ressalta a autora, a própria complexidade das avaliações voltadas aos processos decisórios demanda a combinação entre abordagens quantitativas e qualitativas em contextos preferencialmente naturais.

Outra característica da avaliação voltada para decisão é a geração de informações mais sistematizadas do que aquelas existentes previamente e cujo valor está em sua capacidade de gerar recomendações positivas, capazes de contribuir para a solução de problemas identificados. Estes estudos são marcados por seu caráter pontual, uma vez que, são realizados para responder a demandas específicas e localizadas em determinado tempo.

Dos 11 estudos analisados, quatro foram classificados como “avaliação para gestão”, ou seja, voltados ao aprimoramento da intervenção avaliada com utilização predominante de metodologia quantitativa. Em todos eles buscou-se a caracterização de uma condição já dada a partir do monitoramento de indicadores ou da relação entre eles, principalmente no que se referiu a características da implantação e cobertura do PSF. Novaes¹⁹ ressalta que neste tipo de estudo a presença do avaliador interno é condição necessária, contudo, entre as quatro pesquisas classificadas nesta categoria, observou-se dois estudos empreendidos exclusivamente por agentes externos. Quanto à informação produzida, destacou-se o desenvolvimento ou aprimoramento de indicadores já existentes. Outro resultado desejado neste tipo de estudo é o acompanhamento e monitoramento destes indicadores nos processos de gestão. Para isso, deveriam ter um caráter contínuo e integrado em detrimento de estudos pontuais.

Quadro 3 – Pesquisas realizadas ou financiadas pelo Ministério da Saúde em avaliação da Atenção Básica segundo critérios selecionados – 2000 a 2006 – Brasil

Título do Estudo	Objetivos	Posição do avaliador	Enfoque	Contexto	Utilização da Informação	Juízo formulado	Temporalidade
Promoção de Saúde na Atenção Básica no Brasil	Tomada de decisão	Externo	Caracterização Compreensão	Natural	Informação	Recomendações	Pontual
O PSF: evolução de sua implantação no Brasil	Gestão	Externo	Caracterização Quantificação	Natural	Instrum. p/ gestão	Normas	Pontual
Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados – 1998-2004	Gestão	Interno	Caracterização Quantificação	Natural	Instrum. p/ gestão	Normas	Pontual
Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos	Tomada de decisão	Externo	Caracterização Compreensão	Natural	Informação	Recomendações	Pontual
Avaliação Normativa do PSF no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das ESF: 2001-2002	Gestão	Interno	Caracterização Quantificação	Natural	Instrum. p/ gestão	Normas	Pontual
Determinação e avaliação do custo do PSF	Tomada de decisão	Externo	Caracterização Quantificação	Natural	Informação	Recomendações	Pontual
Indicadores de monitoramento da implantação do PSF em grandes centros urbanos	Gestão	Externo	Caracterização Quantificação	Natural	Instrum. p/ gestão	Normas	Pontual
Custo e avaliação de impacto da implantação da parte fixa do Piso de Atenção Básica – PAB	Tomada de decisão	Externo	Caracterização Quantificação	Natural	Informação	Recomendações	Pontual
Análise de Reestruturação dos modelos assistenciais de saúde em grandes cidades: padrões de custo e formas de financiamento	Tomada de decisão	Externo	Caracterização Quantificação	Natural	Informação	Recomendações	Pontual
A concepção dos Pólos como recurso institucional de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para saúde da família	Tomada de decisão	Externo	Caracterização Quantificação	Natural	Informação	Recomendações	Pontual
Formação de profissionais para saúde da família: avaliação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de pessoal para o PSF	Tomada de decisão	Externo	Caracterização Compreensão	Natural	Informação	Recomendações	Pontual

Fonte: Elaboração própria a partir de categorias sugeridas por Novaes¹⁹

DISCUSSÃO

O mapeamento das pesquisas financiadas ou realizadas pelo Ministério da Saúde confirma a assertiva de que é considerável o número de estudos no campo da avaliação e monitoramento da ABS no Brasil induzidos pelo gestor federal. Entre pesquisas concluídas e em andamento foi localizado um total de 109 estudos com utilização de metodologias e fontes de informações diversas. Não menos importante é a influência de organismos internacionais como o Banco Mundial, provedor de assistência técnica e financeira de reconhecida influência nos países em desenvolvimento, que incorpora a “capacidade em avaliação” como uma das prioridades para a gestão do setor público com o objetivo de garantir a sustentabilidade dos programas e como requisito para a realização de empréstimos⁴¹. Ao analisar o conjunto das pesquisas é possível também tecer algumas considerações sobre a evolução do processo de avaliação e da política nacional de acompanhamento e monitoramento da ABS no país.

Observou-se que os primeiros estudos desenvolvidos entre os anos de 2000 a 2002, focaram, principalmente, o processo de implantação do PSF com vistas a detectar suas fragilidades e potencialidades. A análise dos objetivos principais apontou para o predomínio dos temas relacionados a condições contextuais necessárias à expansão da ESF, em termos institucionais, financeiros ou de infra-estrutura. Foram realizados estudos de caráter censitário, principalmente entre os municípios com população acima de 100.000 habitantes, que ofereceram um amplo conjunto de dados sobre o panorama nacional do programa naquele momento, até mesmo em relação ao funcionamento e processo de trabalho das equipes. Estes estudos, em sua maioria, poderiam ser classificados como voltados à tomada de decisão. Embora Novaes¹⁹ ressalte que neste tipo de avaliação ganha destaque a posição do avaliador interno em função da utilização das informações produzidas para a tomada de decisão, todos foram realizados por avaliadores externos provenientes de instituições acadêmicas.

As primeiras pesquisas realizadas constituíram-se principalmente por avaliações de processo ou de resultados pontuais com finalidade de identificar problemas e estratégias de enfrentamento. Percebe-se, naquele momento, a ausência de parâmetros que permitissem comparações de desempenho entre unidades de PSF e unidades ditas tradicionais. Outra característica parece ter sido a fragmentação na realização das pesquisas, muitas vezes, realizadas simultaneamente, por diferentes instituições acadêmicas, mas com objetivos e utilização de estratégias metodológicas semelhantes. Segundo Felisberto¹⁴ o próprio MS reconhece os limites destas primeiras iniciativas, empreendidas de forma pontual, sem regularidade de análise dos dados produzidos e, muitas vezes, sem uma definição explícita

tanto das diretrizes políticas quanto das estratégias de pesquisa que favorecessem a produção de conhecimentos necessários a uma ação mais coordenada no campo da avaliação da ABS no país.

Quanto aos atores privilegiados na produção dos dados primários nas pesquisas analisadas destacaram-se gestores e técnicos das secretarias de saúde. Embora, conforme já mencionado, este grupo de estudos tenha focado aspectos vinculados à implantação do PSF, chama a atenção o predomínio da visão de técnicos/gestores e profissionais de saúde de nível superior. Considerando-se que mudanças promovidas no modelo assistencial objetivam sobretudo a melhoria das condições de acesso a uma atenção em saúde integral e de qualidade, que se diferencia do modelo anterior justamente por considerar as necessidades de seus usuários, estes seriam atores fundamentais a serem considerados desde os primeiros processos avaliativos.

Outro ponto refere-se à divulgação dos resultados das pesquisas. Ainda que, quatro estudos tenham sido impressos e distribuídos pelo MS, a maior parte encontra-se na forma de relatórios técnicos, com linguagem e formato de difícil apreensão. As estratégias metodológicas utilizadas nem sempre estavam descritas de forma clara e objetiva o que dificultou a classificação dos estudos em relação ao tipo e desenho predominante. Além disso, o pequeno número de artigos publicados a partir destas pesquisas também poderia ser considerado um entrave à maior apropriação do conhecimento produzido tanto por gestores, profissionais de saúde, pesquisadores, estudantes e demais atores interessados. Estudos realizados vêm apontando as dificuldades na interação entre gestores e pesquisadores, com conseqüências para a apropriação dos resultados das pesquisas na tomada de decisão. Estes problemas relacionam-se tanto a características do processo decisório como mudança nos temas prioritários e valorização de informações diretas; quanto a dificuldades relacionadas ao acesso à Internet e à utilização de microcomputadores; e também a aspectos relativos ao próprio desenvolvimento dos estudos. Deste modo, a otimização da influência das pesquisas na gestão poderia ser conseguida por maior capacidade propositiva dos estudos frente aos problemas apresentados, produção de evidências sobre a efetividade de diferentes intervenções e de seus impactos sobre a saúde das populações e, sobretudo, pela apresentação dos resultados de forma compreensível para gestores e técnicos⁴².

Em relação às questões colocadas, considera-se que o Termo de Referência dos Estudos Linha de Base, realizados a partir do ano de 2004, representou avanços em relação aos processos anteriores e, de certo modo, demonstra a maturidade que o campo da avaliação vem atingindo ao longo do tempo. Embora os resultados ainda não tenham sido divulgados na íntegra, o

próprio Termo de Referência incorpora elementos que parecem superar algumas debilidades dos processos anteriores como a avaliação de impacto, oficinas e outras estratégias para compartilhamento das metodologias e resultados encontrados, o envolvimento de atores das secretarias municipais e estaduais nas etapas de desenvolvimento dos estudos e a capacitação de técnicos destas instâncias nas funções de avaliação e monitoramento. Outro ponto que pode ser ressaltado como bastante positivo é a incorporação de propostas de avaliação que consideraram o ponto de vista dos diversos *stakeholders*, entre os quais os beneficiários da atenção. Em relação ao processo de divulgação destes estudos, a maior parte já teve resultados parciais publicados por meio de periódico científico cujos artigos estão disponibilizados na íntegra em meio eletrônico.

Estas ações tentam responder a obstáculos já reconhecidos no processo de apropriação dos resultados de pesquisa para subsidiar a gestão do SUS. Neste sentido, além de maior cooperação e apoio entre municípios e instituições acadêmicas no desenvolvimento dos estudos, o Departamento de Ciência e Tecnologia do MS vem propondo outras estratégias como a utilização de distintas formas de publicação como livros, revistas temáticas, boletins e artigos em revistas de ampla circulação, apoio a eventos técnicos e científicos, seminários temáticos com participação dos atores envolvidos e interessados⁴². Não menos importante, foi a contratação de instituições de ensino e pesquisa que historicamente não haviam participado das avaliações em ABS promovidas pelo MS no período analisado. Este aspecto pode ser considerado um elemento indutor na formação de técnicos e pessoal especializado distribuídos de forma mais democrática pelas diversas regiões, além de incorporar outras experiências no desenvolvimento de pesquisas.

Por fim, considera-se que as iniciativas de avaliação empreendidas e induzidas pelo gestor federal coadunam-se à reestruturação pela qual as diretrizes da política de monitoramento e avaliação da ABS vêm passando desde o ano de 2003, motivada, sobretudo, pela expansão de cobertura pela Estratégia Saúde da Família. Neste contexto, a palavra de ordem parece ser “institucionalização” compreendida como “(...) *estratégia presente em diversas ações/atividades, projetos e políticas, com o objetivo explícito de incorporar a avaliação no cotidiano de gestores e profissionais, partindo de uma visão abrangente dos processos avaliativos*”¹⁴ (p.554). Apesar dos inegáveis esforços do MS na indução de uma cultura avaliativa nas três esferas de governo do SUS, e da conseqüente colocação do tema da avaliação na agenda, a questão agora parece ser observar até que ponto todos os esforços empreendidos produzirão, de fato, elementos capazes de subsidiar as políticas de saúde, o planejamento local, enfim, os processos decisórios rumo a um sistema de saúde mais

equânime, de melhor qualidade e capaz de dar respostas às necessidades de saúde da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hulka BS, Wheat JR. Patterns of Utilization – the patient perspective. *Medical Care* 1985; 3:438-60.
2. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344 (8930):1129-33.
3. Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, Komaromy M, Vranizan K, Lurie N et al. Preventable Hospitalizations and Access to Health Care. *JAMA* 1995; 274:305-11.
4. Mendes EV. Uma Agenda para a Saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1999.
5. Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. *Health Services Research* 2003; 38(3):831-65.
6. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.
7. Watson DR, 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. <http://www.chspr.ubc.ca/files/publications/2004/chspr04-19.pdf>. (acessado em 14/Jan/2010).
8. Organização Panamericana de Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Washington DC: World Health Organization; 2005.
9. Testa M. Pensar em Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
10. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(5):951-963.
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília, DF: Editora MS; 2005.
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caa/avaliacao.php> (acessado em 10/Jan/2007).
13. 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, 10. Brasília, DF: Organização Panamericana de Saúde/Ministério da Saúde; 2006.
14. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(3):553-63.
15. Vieira da Silva LM. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA e Vieira da Silva LM, organizadoras. Avaliação em Saúde: dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Salvador/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EDUFBA; 2005. p.15-39.

16. Hartz ZMA. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. *Divulgação em Saúde para Debate* 2000; 21:29-35.
17. Santos IS, Victora CG. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(2 Sup):337-41.
18. Hartz ZMA. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationales over fast foods and sur mesure over ready-made. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(2 Sup):229-59.
19. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(5):547-59.
20. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Desenvolvimento de Estudos de Linha de Base nos municípios selecionados para o Componente 1. Termo de Referência para o subcomponente D linha de ação 3 – Estudos Linha de Base. <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caa/publicacoes.php> (acessado em 08/Jan/2007).
21. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Seminário de Discussão dos Estudos de Linha de Base em Saúde da Família. http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caa/apresentacoes.php#seminario_estudo_linha_base_sf (acessado em 19/Jan/2007).
22. Ministério da Saúde. Informe da Atenção Básica Nº 27: Estudo de Linha de Base nos Grandes Municípios Brasileiros : uma ação do projeto de expansão e consolidação do saúde da família (Proesf). http://dtr2004.saude.gov.br/dab/informe_ab.php (acessado em 09/Jan/2007).
23. Ciência & Saúde Coletiva. Avaliação como Estratégia de Mudança na Atenção Básica. *Abrasco*; vol 11, n. 3, jul/set; 2006.
24. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Ministério da Ciência e Tecnologia. Edital MCT-CNPq/MS-DAB/SAS – Nº 49/2005. <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caa/projetos.php> (acessado em 07/Jan/2007).
25. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acompanhamento e Avaliação – Projetos em Andamento – Edital CNPq http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caa/localiza_cadastro.php (acessado em 14/Jan/2007).
26. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Centro Colaborador. O Programa de Saúde da Família: evolução de sua implantação no Brasil. <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caa/estudos.php> (acessado em 10/Jan/2007).
27. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF: Editora MS; 2005.
28. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF: Editora MS; 2004.
29. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. Universidade Estadual de Campinas. Indicadores de monitoramento da implantação do PSF em grandes centros urbanos. <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caa/estudos.php> (acessado em 12/Jan/2007).
30. Fundação Getúlio Vargas, EPOS Health Consultants. Determinação e Avaliação do Custo do Programa de Saúde da Família – PSF. <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caa/estudos.php> (acessado em 12/Jan/2007).

31. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde. Custo e avaliação de impacto da implantação da parte fixa do Piso de Atenção Básica – PAB. <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caa/estudos.php> (acessado em 12/Jan/2007).
32. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Análise de Reestruturação dos Modelos Assistenciais de Saúde em Grandes Cidades: Padrões de Custo e Formas de Financiamento. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF: Editora MS; 2002.
33. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. Universidade Estadual de Campinas. A formação de profissionais para a saúde da família: avaliação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de pessoal para o PSF – Etapa 2. <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caa/estudos.php> (acessado em 10/Jan/2007).
34. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. Universidade Estadual de Campinas. A concepção dos Pólos como recurso institucional de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para saúde da família – Etapa 3. <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caa/estudos.php> (acessado em 10/Jan/2007).
35. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Fundação de Desenvolvimento de Pesquisa. Promoção de Saúde na Atenção Básica no Brasil. <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caa/estudos.php> (acessado em 10/Jan/2007).
36. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados – 1998-2004. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF: Editora MS; 2006.
37. Medronho RA. Estudos Ecológicos. In: Medronho RA, organizador. Epidemiologia. São Paulo: Editora Atheneu; 2003. p.191-198.
38. Klein CH, Bloch KV. Estudos Seccionais. In: Medronho RA, organizador. Epidemiologia. São Paulo: Editora Atheneu; 2003. p.125-150.
39. Yin RK. Estudo de Caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2005.
40. Contrandiopoulos AP, Champagne F, Denis JL Pineault. Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em Saúde. Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p.29-47.
41. Picciotto R. Evaluation in the World Bank. In: Chelimsky E e Shadish WR, organizers. Evaluation for the 21 st Century. London: Sage Publications; 1997. p.201-213.
42. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. Rev Saúde Pública 2008; 42(1):165-7.

ARTIGO 2: FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTRATÉGIA PARA POTENCIALIZAR A COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS^V

Patty Fidelis de Almeida^{VI}
Márcia Cristina Rodrigues Fausto^{VII}
Lígia Giovannella^{VIII}

Resumo

Objetivos. Descrever e analisar ações empreendidas em grandes centros urbanos para fortalecer a Estratégia Saúde da Família (ESF). Parte-se da premissa que os serviços de atenção primária, fortalecidos em seus atributos essenciais, seriam os mais adequados para assumir a responsabilidade pela coordenação dos cuidados em saúde.

Métodos. Resultados obtidos em estudos de caso realizados em quatro municípios brasileiros com base em entrevistas semi-estruturadas com gestores e estudos transversais com aplicação de questionários a amostras de profissionais e usuários da ESF.

Resultados. Em todos os municípios foram identificadas ações para fortalecer os serviços de APS com resultados diferenciados sobre acesso e utilização em cada caso. Entre as principais destacam-se: aumento da oferta de APS com diminuição das barreiras de acesso, fortalecimento da função de porta de entrada, ampliação da resolutividade (apoio diagnóstico e terapêutico, matricial, 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 APS fortalecida, aumentando seu 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 melhor equalizar atendimento a demanda programada e espontânea, sendo que a última representa 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 e promover a ESF são necessárias entre população, profissionais de todos os níveis e organizações da sociedade civil.

Palavras-chave – Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, coordenação

^V Artigo aceito para publicação na Revista Panamericana de Salud Pública

^{VI} Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Correspondência para: patty@ensp.fiocruz.br

^{VII} Vice-Direção da Escola de Governo em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

^{VIII} Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

INTRODUÇÃO

O relatório da Organização Mundial da Saúde publicado em 2008 “*Primary Health Care - Now More Than Ever*” (1) destacou que as experiências desenvolvidas desde Alma-Ata, modificaram a perspectiva dos movimentos pró Atenção Primária à Saúde (APS). A concepção dualista que polarizou Centros de Saúde e hospitais cedeu espaço a abordagens mais abrangentes que compreendem a APS como coordenadora de uma resposta integral, viabilizada por meio de uma rede de serviços. Segundo o Relatório, este não é um valor agregado, mas um atributo essencial da APS. Além da responsabilização pela saúde da população de um dado território, o papel dos prestadores de atenção primária como coordenadores do acesso aos demais níveis passa pela outorga das necessárias autoridades administrativa e financeira. É dependente também do reconhecimento das funções chave, ao interior do sistema de saúde, exercida pelas equipes de atenção primária (1).

A coordenação dos cuidados pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações relacionados à atenção em saúde de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum (2-4). Sustenta-se na existência de uma rede integrada de prestadores de serviços de saúde, de modo que distintas intervenções sejam percebidas e experienciadas pelo usuário de forma contínua, adequada às suas necessidades de atenção em saúde e compatível as suas expectativas pessoais (3,5,6). Segundo Haggerty et al.(7) apesar da importância do tema predomina uma certa confusão teórica e a utilização indiscriminada dos termos continuidade assistencial, coordenação, integração de serviços, bem como diversas formas de mensurá-la. De todo modo, estudos encontram associação positiva entre coordenação e continuidade dos cuidados, alta qualidade e aumento da eficiência da atenção em saúde (8).

Medidas voltadas à busca de maior protagonismo da APS e promoção de coordenação são temas recorrentes e prioritários na agenda do setor saúde europeu (9-10). Segundo Rico, Saltman e Boerma (11) reformas empreendidas desde os anos de 1990 voltadas ao fortalecimento da atenção primária nestes países objetivaram aumentar o poder do primeiro nível de atenção como coordenador de outros níveis por meio de mecanismos de mercado (*GP fundholding* britânico) ou do monopólio do papel de porta de entrada e acesso à atenção especializada com base em mecanismos de coordenação hierárquica. Reformas direcionadas à extensão dos serviços providos pela APS incluindo atividades de prevenção e promoção, cuidados comunitários, execução de procedimentos antes realizados na atenção hospitalar

(pequenas cirurgias, diagnósticos, atendimentos de urgência, cuidados paliativos e acompanhamento pós alta hospitalar), com introdução de equipes multiprofissionais, também conformaram medidas pró-coordenação implementadas. Inserem-se neste conjunto, ações que buscam promover melhor integração entre APS, saúde pública e serviços de atenção comunitária (8,10,11).

Segundo Gérvas e Rico (12) entre os fatores que incidem sobre a coordenação destacam-se o incremento do papel de filtro (*gatekeeping*) dos médicos generalistas em uma concepção positiva atrelada à gestão e responsabilidade pelo caminho terapêutico do usuário; aumento da capacidade de resolução da APS por meio da destinação de recursos e ampliação da cesta de serviços ou por maior acesso a meios diagnósticos e terapêuticos e educação continuada; e maior prestígio e reconhecimento profissional. De acordo com Ojeda et al. (13) uma atenção primária forte se caracteriza por ser o primeiro nível assistencial com capacidade de resolução da maior parte dos problemas de saúde, em tempo oportuno, com acessibilidade e garantia da continuidade.

Em contexto latinoamericano 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 – recente consenso entre especialistas para construção de um marco analítico para sua avaliação com base em 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 intersetorial, a coordenação dos cuidados entre os distintos níveis assistenciais foram considerados componentes essenciais de uma concepção abrangente. 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, coordenação, juntamente com o “planejamento dos serviços”, foram os atributos que alcançaram baixo nível de consenso no que se referiu à 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 de 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

e/ou dificultavam sua expansão (15). A partir do ano de 2004 atributos como porta de entrada, coordenação e longitudinalidade passaram a constituir temas de estudos avaliativos (16-20) e alvo de políticas específicas como, por exemplo, a criação dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF) cujo principal objetivo é fortalecer, ampliar a resolutividade e otimizar a integração destes serviços à rede (21).

O presente artigo descreve e analisa ações empreendidas em quatro grandes centros urbanos brasileiros para fortalecer a Estratégia Saúde da Família ao interior da rede de serviços de saúde por meio de seis dimensões: posição ocupada no sistema de saúde; acesso à Unidade de Saúde da Família; capacidade de resolução; reconhecimento profissional e social; descentralização das ações de saúde coletiva para a atenção primária; e conseqüentes reflexos na utilização dos serviços por parte dos usuários. Partiu-se da premissa que serviços de APS, pelos atributos que os caracterizam (22,23), seriam os mais adequados para assumir a responsabilidade de coordenar o percurso terapêutico do usuário na maior parte dos casos. 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. (24) a coordenação é positivamente associada com a força da APS. Neste sentido, medidas para fortalecer a APS correspondem ao mais importante conjunto de reformas pró-coordenação (3).

MATERIAL E MÉTODOS

Este artigo apresenta parte dos resultados de pesquisa realizada no ano de 2008, denominada “Estudos de caso sobre a implementação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos” (25), financiada pelo Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica. Os municípios para os estudos de caso foram selecionados de forma intencional de modo a escolher experiências consolidadas de implantação da ESF, sendo os casos Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória.

Neste artigo são identificadas e analisadas ações empreendidas pelos municípios com objetivo de “fortalecimento da APS”. O eixo de análise foi operacionalizado por meio de dimensões, variáveis e indicadores definidos com base em revisão bibliográfica e, estudos de avaliação da ESF (16-19) (tabela 1). No Brasil, os princípios gerais e fundamentos da APS e as especificidades da ESF consolidados na Política Nacional de Atenção Básica (26) refletem uma certa concepção de atenção primária que incorpora os atributos definidos por Starfield (22) para caracterizar a robustez da APS.

Assim, a constituição de uma APS “forte” é analisada pela posição ocupada no sistema de saúde, capacidade de resolução, reconhecimento profissional e social, descentralização das ações de saúde coletiva para a atenção primária e conseqüentes reflexos no acesso e utilização dos serviços por parte dos usuários. O atributo da integralidade definido por Starfield (22) foi analisado com foco na oferta de ações capazes de aumentar a resolutividade dos serviços de APS como distribuição de medicamentos, solicitação de exames diagnósticos diretamente pelo médico de APS, supervisão e educação continuada para as equipes e acompanhamento de grupos prioritários (12). Alguns autores inserem o conjunto de ações para integração entre APS e programas de saúde pública/coletiva como medida capaz de potencializar a coordenação dos cuidados pela atenção primária, razão pela qual foi incorporada para análise deste eixo (10,11). Estudos apontam que maior prestígio e reconhecimento recebido pelos profissionais de APS, tanto pelos pares quanto pela sociedade, demonstram a força deste nível de atenção e têm implicações para o papel de coordenação dos cuidados (12,29,30), sendo esta outra dimensão incorporada à análise (tabela 1).

Os resultados apresentados foram produzidos utilizando-se métodos mistos com diversas técnicas, fontes de informação e perspectivas. O uso de métodos mistos em avaliação de políticas é cada vez mais freqüente com propósitos seja de triangulação para melhorar a validade dos resultados nos quais diferentes métodos são utilizados para medir um mesmo fenômeno; seja de complementaridade, para uma compreensão mais abrangente de fenômenos complexos; ou para expansão do escopo do estudo permitindo a análise dos processos de implementação por meio de métodos qualitativos e a avaliação de resultados por métodos quantitativos (31).

A descrição e análise das estratégias para fortalecimento da APS empreendidas pela gestão municipal de saúde foram realizadas com base em análise de 54 entrevistas semi-estruturadas com Secretários Municipais de Saúde, Coordenadores de Atenção Básica/ESF, gerentes de Regulação, Controle e Avaliação, à Vigilância em Saúde, às Unidades de Saúde da Família (USF), além de representantes de entidades profissionais médicas e de enfermagem.

As percepções dos profissionais sobre estratégias empreendidas para fortalecer a APS foram examinadas com base em questionários auto-aplicáveis a amostras de profissionais das equipes de Saúde da Família (SF). A população de pesquisa foi composta pelos médicos e enfermeiros das equipes existentes em Aracaju, Belo Horizonte, Vitória e Florianópolis em 31 de dezembro de 2007, e pelas famílias cadastradas. Todas as equipes listadas no cadastro utilizado para seleção em Florianópolis (79) e de Vitória (53) 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 (30).

Um inquérito de base domiciliar com aplicação de questionários fechados a amostra de famílias cadastradas permitiu conhecer a avaliação dos usuários em relação ao acesso e utilização de serviços de APS. O informante familiar foi o chefe da família ou cônjuge, entrevistado no domicílio. O plano de amostragem foi do tipo conglomerado em três estágios de seleção: equipe de SF 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. Foram entrevistadas 3.311 famílias (Aracaju 800, Belo Horizonte 900, Florianópolis 789, Vitória 822) (30).

O trabalho de campo foi realizado entre os meses de maio a 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 semi-estruturadas foram gravadas, transcritas e analisadas por dimensões. Os dados passaram por análise vertical considerando-se dimensões e informantes-chave por município e, posteriormente, por leitura horizontal comparando-se a 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 ENSP/Fiocruz e dos municípios estudados, tendo cumprido todas as exigências estabelecidas pela *Resolução 196/96* do Conselho Nacional de Saúde.

Tabela 1 – Dimensões, variáveis e indicadores do eixo “Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde”, quatro grandes centros urbanos, 2008

Dimensões	Variáveis	Indicadores
Posição ocupada pela APS 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 está especificado na política local de saúde; % de médicos/enfermeiros que concordam muito/concordam que a população procura primeiro a USF quando necessita de atendimento de saúde
Acesso à Unidade de Saúde da Família	Conhecimento da USF	% famílias que conhecem a ESF (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 APS	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 satisfatório/satisfatório 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; % de médicos/enfermeiros que realizaram atividades de capacitação continuada nos últimos 30 dias
	Supervisão das equipes de Saúde da Família	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 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 à 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 APS	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 em APS	Reconhecimento profissional e social em APS	% de médicos/enfermeiros que concordam muito/concordam que os profissionais da ESF desfrutaram 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

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, 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 atendimento à demanda espontânea e às ações programadas. Em cada município esta 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 (32), 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 esta lógica. Contudo, restrições ao atendimento de demandas de grupos não prioritários ainda permanecem no município. Em Vitória esta tensão também 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 pessoas não integrantes de grupos prioritários como diabéticos, hipertensos, gestantes e menores de dois anos. 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 comuns têm sido desenvolvidas nos quatro municípios para fortalecer o papel da ESF como porta de entrada com função de coordenar a atenção, entre elas o reencaminhamento 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.

De um modo geral, nos quatro casos há concordância 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% destes 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 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, principalmente em áreas mais distantes e menos providas de recursos sociais. Nos quatro casos ocorreu expansão das USF em todas as áreas das cidades, organizadas por regiões de saúde, no sentido de garantir acesso mais oportuno à APS. Mais de 90% dos médicos e enfermeiros consideram que a ESF ampliou o acesso de novas parcelas da população aos serviços de saúde, embora percentuais menores concordem que a USF seja acessível a toda população cadastrada, variando de 87% em Belo Horizonte a 66% em Vitória (tabela 2). Do ponto de vista das famílias, problemas de acesso podem ser verificados. Cerca de 15% relatou não conhecer a ESF, chegando a 30% em Florianópolis. Observou-se redução percentual importante quando questionadas sobre o conhecimento do local de funcionamento da unidade. Por outro lado, mais de 90% dos usuários que afirmaram conhecer a ESF considera fácil o acesso à unidade, sendo o deslocamento realizado a pé pela maioria (tabela 3).

O grau de tolerância para consultas não-agendadas também foi avaliado como elemento que influencia a acessibilidade às USF. Em Aracaju, Florianópolis e Vitória apenas 55% dos médicos e enfermeiros concordam muito/concordam que USF cumpre na prática a função de pronto-atendimento e, em Belo Horizonte 67% (tabela 2). A avaliação das famílias quanto a um dos principais aspectos que caracteriza a capacidade da ESF se organizar para atender à demanda espontânea – a possibilidade de conseguir consulta sem marcação prévia – corrobora as dificuldades percebidas pelos profissionais. Em Aracaju e Belo Horizonte, 57% das famílias consideraram muito ruim/ruim a possibilidade de conseguir uma consulta sem marcação prévia. Em Florianópolis e Vitória as avaliações foram um pouco mais positivas e estiveram mais próximas às avaliações dos médicos e enfermeiros em relação à capacidade da equipe se organizar para o pronto atendimento (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 2 – Indicadores de fortalecimento das estruturas de Atenção Primária à Saúde (APS) segundo médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família, quatro grandes centros urbanos, 2008

Indicadores	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória
Posição ocupada pela APS no sistema de saúde				
% de médicos/enfermeiros que concordam muito/concordam que o papel de porta de entrada e de coordenação da ESF está especificado na política local de saúde.	81,3	82,9	73,1	75,1
% de médicos/enfermeiros que concordam muito/concordam que a população procura primeiro a USF 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
% de médicos/enfermeiros que concordam muito/concordam que a USF é acessível a toda a população cadastrada	81,0	87,1	74,2	65,9
% de 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				
% de médicos que relataram poder solicitar os exames listados abaixo:				
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
% de médicos/enfermeiros que avaliam como muito satisfatório/satisfatório a distribuição regular de medicamentos a grupos prioritários	56,6	85,0	86,3	90,8
% de médicos/enfermeiros que realizaram atividades de capacitação continuada nos últimos 30 dias	76,9	44,0	68,8	62,0
% de 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

Capacidade de resolução da APS (continuação)				
% de médicos/enfermeiros que avaliam como muito satisfatório/satisfatório o acompanhamento dos grupos prioritários	78,7	83,8	82,7	87,3
% de 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
% de médicos/enfermeiros que avaliam como muito satisfatória/satisfatória a resolução de 80% ou mais de casos atendidos por sua equipe Saúde da Família	81,1	83,7	81,2	81,3
% de 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				
% de 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				
% de médicos/enfermeiros que concordam muito/concordam que os profissionais da ESF desfrutam do mesmo reconhecimento profissional que os especialistas	22,0	13,0	29,4	14,6

Fonte: Giovanella et al.²⁵

Aracaju: n = 56 médicos e n = 66 enfermeiros, BH: n=72 médicos e n=75 enfermeiros, Florianópolis: n = 61médicos e n = 70 enfermeiros, Vitória: n = 35 médicos e n=50 enfermeiros.

ESF – Estratégia Saúde da Família

USF – Unidade de Saúde da Família

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 eletrocardiografia, radiologia simples, mamografia, ultrassonografia obstétrica e clínica, além dos exames de patologia clínica. Em Florianópolis alto percentual de médicos afirmou poder solicitar tomografia computadorizada (64%). Em Vitória observou-se maior restrição aos exames de média e alta complexidade pedidos pelo médico das equipes de SF (tabela 2). A coleta de exames para patologia clínica na própria USF, como acontece em Aracaju, Belo Horizonte e Vitória, foi considerada, pelos gestores, 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 SF.

A garantia de acesso a medicamentos também foi considerada estratégia para aumentar a resolutividade da ESF, segundo gestores. Altos percentuais de médicos e enfermeiros em Belo Horizonte (85%), Florianópolis (86%) e Vitória (91%) 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, observou-se que 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 de 60% 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 pré-existentes, optaram por um processo de reorganização interna com manutenção de profissionais que já atuavam nestes espaços como apoio para a ESF. A presença de ginecologistas, clínicos e pediatras em algumas das USF, segundo 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 entrevistados, definir o papel destes profissionais dentro da USF ainda representa um grande desafio. Conforme o planejamento inicial, de acordo com gestores de Aracaju, estes 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, este profissional acaba se responsabilizando pelo atendimento às crianças.

O “matriciamento” 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, 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 destacou-se o acompanhamento e controle das ações e a discussão de problemas, dificuldades e demandas apresentadas pelas equipes de SF. Interconsulta com especialistas são práticas pouco frequentes. Em Belo Horizonte e Florianópolis cerca de 35% dos médicos e enfermeiros afirmou que a discussão de casos clínicos faz parte da supervisão (tabela 2).

Além da ampliação da cesta de serviços e da qualificação das equipes, o aumento da resolutividade da ESF também passa pela capacidade de organização dos serviços para atendimento à demanda programada. Foi considerado por cerca de 80% dos médicos e enfermeiros muito satisfatório/satisfatório o acompanhamento dos grupos prioritários como hipertensos, diabéticos, mulheres e crianças. Menores percentuais foram observados em relação à avaliação da capacidade da USF cumprir as funções de pronto-atendimento, conforme já mencionado (tabela 2).

Em geral, foi bastante favorável a avaliação de médicos e enfermeiros quanto à capacidade de resolução da ESF. Entre 70 e 90% destes profissionais considerou muito satisfatória/satisfatória a capacidade de intervir positivamente no enfrentamento dos problemas de saúde e cerca de 80% avaliou como muito satisfatória/satisfatória a resolução de 80% ou mais dos casos atendidos por sua equipe (tabela 2). A percepção dos profissionais foi mais positiva que a das famílias. Entre aquelas com experiência de atendimento pela ESF percentual semelhante em todos os municípios (60%) afirmou conseguir resolver seu problema de saúde durante o atendimento prestado pela equipe de SF e 35% referiram necessidade de procurar o especialista (tabela 3).

Quanto à procura de serviços hospitalares e especializados, entre 70 a 80% dos médicos e enfermeiros concordam muito/concordam que após a implantação da ESF diminuiu a procura de atendimento por estes serviços (tabela 2). A avaliação das famílias foi menos positiva. Cerca de 45% em Aracaju, 34% em Florianópolis e 52% em Belo Horizonte e Vitória afirmou procurar menos hospitais e especialistas após implantação da USF. Percentuais semelhantes foram encontrados em relação à diminuição da procura pelos serviços de urgência (tabela 3).

Todavia as famílias avaliaram que houve alguma melhoria no atendimento após implantação da ESF, com variação entre os casos. Em Vitória, 51% consideraram que o atendimento em saúde melhorou muito após a implantação. Em Belo Horizonte e Florianópolis a maior parte dos entrevistados considerou que houve pouca melhora. De modo geral, mais de 50% das famílias nos quatro casos afirmaram estar satisfeitas com a ESF, chegando a 74% em Vitória, município que também apresenta menor grau de insatisfação (5,9%) (tabela 3).

Tabela 3 – Indicadores de acesso e capacidade de resolução da ESF segundo famílias cadastradas por Equipes de Saúde da Família, quatro grandes centros urbanos, 2008

Indicadores	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória
	%	%	%	%
Acesso à Unidade de Saúde da Família				
Famílias que conhecem a ESF (espontânea + estimulada)	84,1 (n=800)	84,4 (n=900)	70,0 (n=789)	82,5 (n=822)
Famílias que conhecem o local de funcionamento da ESF	69,1 (n=673)	69,3 (n=760)	57,4 (n=552)	79,5 (n=678)
Facilidade de acesso ao local da USF	95,5 (n=465)	92,0 (n=527)	91,2 (n=317)	92,4 (n=539)
Famílias que relatam chegar a pé até o local de funcionamento da ESF	89,2 (n=465)	85,6 (n=527)	73,2 (n=317)	84,0 (n=539)
Avaliação das famílias quanto a conseguir consulta sem marcação prévia	n=325	n=389	n=232	n=361
<i>Muito bom/Bom</i>	40,6	41,9	51,3	58,4
<i>Muito ruim/Ruim</i>	57,2	57,1	44,4	39,3
Avaliação das famílias quanto a conseguir marcar consulta médica	n=390	n=475	n=266	n=441
<i>Muito bom/Bom</i>	53,6	65,3	60,2	95,0
<i>Muito ruim/Ruim</i>	45,9	34,7	36,8	4,8
Capacidade de resolução da APS				
Acesso a medicamentos em atendimento realizado pela ESF	N=518	n=624	n=400	n=528
<i>Recebem todos os medicamentos</i>	26,6	36,1	40,5	45,6
<i>Recebem apenas alguns medicamentos</i>	65,5	60,9	55,3	50,8
<i>Não recebem medicamento algum</i>	7,9	3,0	4,2	3,6
Avaliação das famílias quanto à resolutividade da ESF e necessidade de encaminhamento para especialista	N=605	n=711	n=469	n=614
<i>Conseguem resolver o problema de saúde neste atendimento</i>	60,4	60,5	56,9	61,6
<i>Precisam procurar um especialista</i>	35,9	32,5	39,9	37,5
<i>Não respondeu</i>	3,6	7,0	3,2	1,0
Avaliação das famílias quanto à procura por hospitais e especialistas após implantação da ESF	N=605	n=711	n=469	n=614
<i>Procuram mais</i>	19,0	9,0	10,0	20,5
<i>Procuram menos</i>	44,8	52,3	33,9	52,9
<i>Procuram igual</i>	26,2	29,1	32,9	21,0
<i>Não sabe/respondeu</i>	10,3	9,6	23,2	5,6
Avaliação das famílias quanto à procura por serviços de urgência após implantação da ESF	N=605	n=711	n=469	n=614
<i>Procuram mais</i>	19,8	7,3	10,0	22,5
<i>Procuram menos</i>	44,0	48,0	31,8	48,0
<i>Procuram igual</i>	26,0	33,8	34,1	23,0
<i>Não sabe/respondeu</i>	10,4	10,9	24,1	6,5
Avaliação das famílias quanto à melhoria do atendimento após implantação da ESF	N=605	n=711	n=469	n=614
<i>Melhorou muito</i>	26,6	32,9	22,4	51,3
<i>Melhorou um pouco</i>	44,5	40,1	33,5	28,2
<i>Ficou igual</i>	15,1	15,2	17,5	12,7
<i>Piorou</i>	5,1	2,8	2,3	2,3
Grau de satisfação das famílias com a ESF	N=605	n=711	n=469	n=614
<i>Satisfeito</i>	52,9	62,7	52,0	74,4
<i>Insatisfeito</i>	14,1	9,7	8,5	5,9

Fonte: Giovanella et al.²⁵

ESF – Estratégia Saúde da Família

USF – Unidade de Saúde da Família

Descentralização das ações e programas de saúde pública/coletiva para as unidades de APS

Em apenas dois dos municípios os programas de saúde pública estavam completamente descentralizados para as USF. Segundo informações dos gerentes da SMS de Aracaju, estes foram incorporados às atividades das equipes de SF, tanto em relação aos agravos transmissíveis quanto não-transmissíveis. Foi relatado que todas as solicitações de atividades educativas encaminhadas diretamente à Vigilância em Saúde, são redirecionadas para as USF, responsável por estabelecer o vínculo com o território.

Em Belo Horizonte, segundo 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 diabetes na perspectiva da Vigilância e não somente da assistência.

Em Florianópolis foi iniciado processo de descentralização dos programas de saúde pública/coletiva para as USF em 2007, com ritmos diferenciados entre agravos transmissíveis e não-transmissíveis, estes 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, de acordo a integração da APS à Vigilância em Saúde é um tema frequente nas discussões da SMS 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, 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 para apoiar o trabalho na lógica da Vigilância é o incentivo ao monitoramento de indicadores com incorporação de sanitaristas à rede básica.

Embora na avaliação dos gestores Aracaju e Belo Horizonte encontravam-se em processo mais avançado de descentralização, mais de 90% dos profissionais de nível superior nos quatro municípios concordam muito/concordam 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

Foi considerado por representantes das entidades de Medicina de Família e Comunidade (MF&C) e de Enfermagem que os profissionais da ESF não desfrutam do mesmo nível de

reconhecimento que os demais especialistas, percepção corroborada pela grande maioria de médicos e enfermeiros (tabela 2). Na perspectiva dos membros destas 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. Aproximações, principalmente com as Sociedades de Pediatria e Ginecologia, para estabelecimento de parcerias e acordos, tem sido estratégia utilizada para reconhecimento e valorização da nova especialidade, segundo avaliação de representante da Sociedade de Mineira de MF&C.

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 MF&C), flexibilização da carga horária de trabalho com a possibilidade de realização de plantão em unidade de urgência da SMS, 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 o padrão de utilização das USF por parte das famílias cadastradas que pudesse refletir as mudanças empreendidas para fortalecer a APS. Entre todas as famílias, de 85% em Belo Horizonte a 74% em Florianópolis afirmaram ter um serviço de saúde de procura regular, sendo este 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 32% em Florianópolis a 52% em Belo Horizonte. Cerca de um quinto dos entrevistados em Aracaju e Florianópolis, 21% e 23% respectivamente, afirmou ter procurado atendimento em serviços privados. Nos mesmos municípios em torno de 29% dos usuários buscou serviços de urgência (tabela 4).

Quanto aos grupos prioritários a grande maioria dos hipertensos está sendo acompanhada e, na maior parte dos casos, por equipes de SF, variando de 69% em Vitória a 53% em Florianópolis. Ainda assim, percentual importante é assistido em serviços privados de saúde, chegando a 26% em Aracaju. Informaram não receber qualquer acompanhamento 11% em Aracaju e Florianópolis (tabela 4).

Em relação aos diabéticos observou-se que percentual um pouco menor, em três municípios, é acompanhado pela ESF. Em Aracaju e Florianópolis cerca de 30% são acompanhados por serviços privados de saúde, percentuais maiores que aqueles encontrados para os hipertensos.

Contudo, menores percentuais de diabéticos, se comparados aos hipertensos, relataram estar sem qualquer acompanhamento (tabela 4).

Aproximadamente 70% das gestantes são acompanhadas em USF em Aracaju e Belo Horizonte, chegando a 78% em Vitória. Percentuais um pouco menores, se comparados aos hipertensos e diabéticos, são assistidos em serviços privados de saúde. O desenvolvimento e crescimento infantil são majoritariamente acompanhados por equipes de SF, chegando a 85% em Vitória. Em Aracaju o percentual de crianças acompanhadas por serviços privados é maior que nos demais casos – 23% – padrão que se repete em relação ao acompanhamento de quase todos os grupos prioritários (tabela 4).

Tabela 4 – Indicadores de utilização da ESF segundo famílias cadastradas por Equipes de Saúde da Família, quatro grandes centros urbanos, 2008

Indicadores	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória
	%	%	%	%
Famílias que indicam a USF como serviço de procura regular entre famílias com serviços de procura regular	69,6 (n=610)	74,4 (n=765)	50,3 (n=586)	69,1 (n=621)
Serviços de saúde procurados pelas famílias com moradores que adoeceram nos últimos 30 dias	n=214	n=248	n=189	n=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	29,0	15,3	28,0	8,1
Serviços privados de saúde (clínica, hospital, pronto-socorro ou emergência, consultório)	20,6	18,6	23,3	17,7
Outro	4,2	2,0	4,8	4,5
Acompanhamento dos hipertensos	n=397	n=587	n=326	n=488
Unidade de Saúde da Família	58,2	65,4	53,1	68,6
Serviços privados de saúde (clínica, hospital, pronto-socorro ou emergência, consultório)	25,7	17,4	20,1	18,9
Sem acompanhamento	11,3	7,3	11,7	5,5
Acompanhamento dos diabéticos	n=126	n=154	n=122	n=133
Unidade de Saúde da Família	53,2	59,1	42,6	72,9
Serviços privados de saúde (clínica, hospital, pronto-socorro ou emergência, consultório)	31,0	25,3	29,5	18,8
Sem acompanhamento	8,7	6,5	13,1	0,8
Acompanhamento do pré-natal	n=104	n=83	n=60	n=71
Unidade de Saúde da Família	69,8	69,9	61,7	77,5
Serviços privados de saúde (clínica, hospital, pronto-socorro ou emergência, consultório)	22,9	19,3	13,3	11,3
Sem acompanhamento	7,7	-	13,3	4,2
Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil	n=66	n=71	n=58	n=61
Unidade de Saúde da Família	66,7	64,8	69,0	85,2
Serviços privados de saúde (clínica, hospital, pronto-socorro ou emergência, consultório)	22,7	12,7	15,5	6,6
Sem acompanhamento	9,1	19,7	13,8	6,6

Fonte: Giovanella et al.²⁵

ESF – Estratégia Saúde da Família

USF – Unidade de Saúde da Família

DISCUSSÃO

Em todos os municípios estudados foram identificadas ações para fortalecer as estruturas de APS com resultados diferenciados no que se refere ao acesso, utilização e satisfação da população adscrita com os serviços ofertados. As principais iniciativas buscaram ampliar a acessibilidade, consolidar a função de porta de entrada, aumentar sua 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 seguiu *pari passu* a medidas para expandi-la e fortalecê-la, reafirmando a hipótese de que somente uma “APS forte” seria capaz de exercer o atributo de coordenação dos cuidados. Neste sentido, as iniciativas brasileiras alinham-se às reformas europeias que buscaram principalmente por meio da consolidação da função de porta de entrada, extensão e resolutividade dos serviços prestados pela APS, fortalecer 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 para organização da porta de entrada, 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 & Andersen (33), é um dos elementos para garantir que estes serviços se tornem de uso regular uma vez que sua insuficiente provisão pode dificultar o acesso ao cuidado em saúde, sendo uma das conseqüências a busca de emergências como serviço de primeiro contato. Outro grupo de fatores que pode dificultar ou facilitar a acessibilidade são aqueles referentes às barreiras geográficas (34). A facilidade de acesso e proximidade física das USF, confirmada pela maioria das famílias que relataram chegar a pé, minimizaria esforços de deslocamento ao diminuir distância, tempo e custos com o trajeto percorrido.

Visto constituírem experiências consolidadas de reestruturação da APS, a porta de entrada para o sistema de saúde é representada pelas equipes de SF que atuam em Centros 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 coordenação dos cuidados. Ainda assim, a USF não foi o serviço procurado por mais da metade das famílias em episódio recente de adoecimento em três casos. Os resultados apontam que os municípios brasileiros enfrentam problemas que comprometem a condição da APS como porta de entrada preferencial do sistema, como por exemplo, os horários restritos de funcionamento, dificuldade de manejo da demanda espontânea e a baixa resolutividade. Não menos importante é o fato que parte dos usuários que afirmaram conhecer a ESF, não conhecia seu local de funcionamento.

O atendimento das diversas demandas da população – programadas ou espontâneas – 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 (35). 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. Estes percentuais são maiores que os encontrados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, realizada em 2008, que aponta ser o Posto ou Centro de Saúde e o ACS o serviço de busca regular para 57% dos moradores que indicaram ter uma fonte regular de cuidados (36). 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 este grupo.

O acolhimento foi estratégia utilizada para atender à demanda espontânea. Segundo Magalhães (37), a responsabilização pelo usuário a ser assumida pelas equipes de SF depende tanto da existência de fluxos quanto da responsabilização de 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). Esta discussão, remonta não apenas a problemas de organização e oferta de serviços, mas à necessidade de reinventar o “jeito” do trabalho em saúde (37).

De todo modo, os resultados apontaram maiores dificuldades para atendimento à demanda espontânea e grupos não prioritários. Mais da metade dos usuários em Aracaju e Belo Horizonte avaliaram 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 barreiras de acesso ao pronto atendimento nos serviços de APS são uma fragilidade dos sistemas de saúde latinoamericanos agravada pelas longas filas de espera e dificuldades de integração com a atenção especializada. Estes fatores podem estar relacionados ao fato de que parte importante dos usuários, com experiência recente de adoecimento, tenha buscado atendimento em unidades de urgência.

Não há consenso no país de qual seria a resolutividade esperada dos serviços de APS. Segundo Vázquez et al.(38) redes integradas de atenção em saúde caracterizam-se por forte função de *gatekeeping* pela APS justificada pelo fato de que provavelmente a maior parte dos problemas de saúde (90% a 95%) poder ser resolvida no primeiro nível de atenção. Cerca de 80% dos profissionais consideraram satisfatória a resolução de 80% ou mais dos casos atendidos, mas aproximadamente 35% das famílias relatam necessidade de buscar o especialista. Ainda assim, importante percentual de famílias que indicaram procurar menos serviços hospitalares e 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 destes 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 destes 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 eixo estratégico para aumento da resolutividade e para qualificação da APS. De acordo com Rico e Saltman (10) a melhora na formação dos profissionais de APS contribui para aumentar o *status*, a reputação, facilita a cooperação com especialistas e reforça a confiança da população, além de ser essencial para o desempenho das novas atribuições. No país, a formação de recursos humanos representa grande desafio. Somente em 2002, a Medicina de Família & 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 sobre a distribuição das vagas de residência médica, conforme observado em países cujos sistemas de saúde foram organizados em torno da APS. 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) como primeiro contato dos usuários. Contudo, nos casos estudados, há especificidades no desenho organizativo, na composição das equipes de SF e no papel das equipes de apoio. Nestes 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. De todo modo, embora possa representar aspecto positivo, as novas

configurações merecem acompanhamento. Em alguns casos, estes profissionais assumem o atendimento de grupos específicos, comprometendo a integralidade da atenção e, de certa forma, reproduzindo o modelo de atendimento de unidades tradicionais. Fortalecer processos de supervisão mais voltados à discussão de casos clínicos e interconsultas com participação dos profissionais de apoio e equipes matriciais pode ser estratégia para melhor 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 dos resultados apresentados, 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 consolidadas 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 se tornem de uso regular, ainda que, o tradicional horário de funcionamento não tenha sido modificado pela implantação da ESF. A efetivação da função de porta de entrada pela APS, já reconhecida na definição dos fluxos formais pela gestão municipal, é dependente do ainda frágil equilíbrio entre atendimento a demanda espontânea e programada. Embora a atenção aos crônicos constitua importante desafio aos sistemas de saúde pela necessidade de coordenação dos cuidados, ao 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 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 são necessárias entre a população, para fomentar melhor comunicação e cooperação entre os profissionais da rede de serviços de saúde e para a construção de uma sólida base de apoio ao sistema público de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Primary Health Care. Now more than ever. The World Health Report 2008. Geneva: WHO; 2008.
2. Boerma WGW. Coordination and integration in European primary care. In: 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.
3. Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E. Improved Health System Performance Through Better Care Coordination. Paris: OECD; 2007.
4. Núñez RT, Lorenzo IV, Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit.* 2006;20(6):485-95.
5. Martínez DH, Navarrete MLV, Lorenzo IV. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gac Sanit.* 2009; 23(4):280-286.
6. Watson DR, 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: <http://www.chspr.ubc.ca/files/publications/2004/chspr04-19.pdf>. Acessado em 14 Janeiro 2010.
7. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield B, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ.* 2003;327:1219-1221.
8. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research.* 2010;10:65.
9. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(5):951-963.
10. 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;6(21):39-67.
11. Rico A, Saltman R, WGW Boerma. Organizational Restructuring in European Health Systems: The Role of Primary Care. *Social Policy & Administration.* 2003;37(6):592-608.
12. Gérvas 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.

13. Ojeda JJ, Freire JM, Gervas J. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: Reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? *Rev Adm Sanit.* 2006;4(2): 357-82.
14. 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 Pública.* 2009;26(5):377–84.
15. 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 Saúde Pública.* 2008;24(8):1727-1742.
16. 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, DF: Organização Panamericana de Saúde/Ministério da Saúde; 2006.
17. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos: síntese dos principais resultados. 2ª ed. Brasília, DF: Editora Ministério da Saúde; 2005.
18. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Equipe de Saúde da Família – (Serie B. Textos Básicos de Saúde). Brasília, DF: Editora Ministério da Saúde; 2005.
19. 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 extrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006;11(3):633-641.
20. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCA et al. Family Health: limits and possibilities for an integral primary health care in Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009;14(3):783-794.
21. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008 – “Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF”. *Diário Oficial da União.* Nº 43, 4 de março de 2008.
22. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.
23. Macinko J, Starfield B, Erinosh T. The impact of Primary Healthcare on Population Health in Low – and middle – Income Countries. *Journal of Ambulatory Care Management.* 2009;32(2):150-171.
24. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83:457-502.
25. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM (coord.). Estudos de Caso sobre a Implementação da Estratégia Saúde da Família em Grandes Centros Urbanos. Relatório Final. 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.
26. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Editora Ministério da Saúde; 2006.
27. Gervas J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. *Aten Primaria.* 1995;16(8):501-06.

28. Gérvas J, Mena OP, Mainar AS. Capacidad de respuesta de la atención primaria y redes de servicios. El caso del Consorci Hospitalari de Catalunya. *Aten Primaria*. 2006;38(9):506-10.
29. Calnan M, Hutten J, Tiljak H. The challenge of coordination: the role of primary care professional in promoting integration across the interface. In: 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. 85-104.
30. 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 Saúde Pública*. 2010;26(2):286-298.
31. Greene JC. *Mixed Methods in Social Inquiry*. San Francisco: Jossey-Bass; 2007.
32. PMF/SMS/GS – Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde, Gabinete do Secretário. Portaria/SS/GAB/Nº 283/2007. Florianópolis, SC: SMS. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/portarias/2007/>. Acessado em 03 de Janeiro 2009.
33. Aday LA, Andersen RA. Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Serv Res*. 1974;9:208-20.
34. Donabedian A. Capacity to produce service in relation to need and demand. In: Donabedian A (ed.). *Aspects of medical care administration*. Cambridge, Boston: Harvard University Press; 1973. Pp.418-34.
35. Hulka BS, Wheat JR. Patterns of Utilization – the patient perspective. *Med Care*. 1985; 23(5):512-20.
36. 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.
37. Magalhães Júnior, HM. O desafio de construir e regular redes públicas, com integralidade, em sistemas privado-dependentes: a experiências de Belo Horizonte [Tese]. Campinas:Universidade Estadual de Campinas/Faculdade de Ciências Médicas; 2006.
38. 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):360-367.
39. DATASUS. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <http://anstabnet.ans.gov.br/materia.htm>. Acessado em 06 de Fevereiro 2010.

ARTIGO 3. DESAFIOS À COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE: ESTRATÉGIAS DE INTEGRAÇÃO ENTRE NÍVEIS ASSISTENCIAIS EM GRANDES CENTROS URBANOS^{IX}

Patty Fidelis de Almeida^X

Lígia Giovanella^X

Maria Helena Magalhães de Mendonça^X

Sarah Escorel^X

Resumo

O artigo analisa o desenvolvimento de instrumentos de coordenação desde a Estratégia Saúde da Família aos demais níveis do sistema de saúde com foco em medidas pró-coordenação vinculadas à “integração entre níveis assistenciais”. Os resultados obtidos em estudos de casos realizados em quatro grandes centros urbanos apontaram que estão presentes mecanismos de integração entre níveis assistenciais, indicando preocupação com a garantia de atenção integral. As principais estratégias identificadas foram: criação e fortalecimento de estruturas regulatórias ao interior das Secretarias Municipais de Saúde e nas Unidades de Saúde da Família com descentralização de funções para o nível local, organização dos fluxos, prontuários eletrônicos e ampliação da oferta de serviços especializados municipais. Contudo, a falta de integração entre diferentes prestadores, insuficiência de fluxos formais para atenção hospitalar e ausência de políticas para média complexidade foram apontadas como entraves à garantia do cuidado integral, tornando incompleto o processo de integração da rede.

Palavras-chave – Atenção Primária à Saúde, coordenação, integração

^{IX} Artigo publicado nos Cadernos de Saúde Pública 2010; 26(2):286:298.

^X Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde – Nupes/daps/Ensp/Fiocruz

CHALLENGES IN COORDINATING HEALTH CARE: STRATEGIES FOR INTEGRATION AMONG LEVELS OF CARE IN LARGE URBAN CENTRES

Abstract

The paper examines the development of instruments for coordinating, from Brazil's family health strategy to the other levels of the health system, focussing on pro-coordination measures connected with "integration among levels of care". Results from cases studies in four major urban centres show that mechanisms for integrating among levels of care are present, indicating a concern for assuring comprehensive care. The main strategies identified were: introducing and strengthening regulatory systems within municipal health departments and family health units, while decentralising functions to the local level; organising flows; electronic health records; and expanding the supply of specialised municipal services. However, the lack of integration among providers, insufficiency of formal flows for hospital care and the absence of policies for medium-complexity care were signalled as impediments to guaranteed comprehensive care and as leaving the system integration process incomplete.

Keywords: Primary Health Care, coordination, integration

INTRODUÇÃO

Problemas vinculados à coordenação dos cuidados em saúde, fragmentação da rede assistencial, ausência de comunicação entre prestadores não constituem temas novos nos debates sobre a organização dos sistemas de saúde. No entanto, mudanças recentes em relação às demandas e necessidades da população com o crescimento da prevalência de doenças crônicas, que exigem maior contato com os serviços de saúde em um contexto de pressão por otimização das relações de custo-eficiência, tornaram premente a busca de soluções^{1,2,3}. Na União Européia, desde a década de 1990, reformas pró-coordenação vêm sendo implementadas, sobretudo voltadas ao fortalecimento do primeiro nível de atenção^{4,5}.

Os ritmos de implantação deste conjunto de reformas têm sido diferenciados entre os países a depender do modelo de proteção social^{2,5}. Na região da América Latina ainda são incipientes reformas centradas na coordenação dos cuidados, o que se reflete no reduzido número de estudos que tratam deste tema. Segundo Conill e Fausto⁵ a histórica segmentação e fragmentação que caracterizou a maior parte dos sistemas de saúde latino-americanos, com oferta de Atenção Primária à Saúde (APS) seletiva, fragilizaram aspectos como a constituição de redes integradas. Ainda assim, no contexto do recente movimento de valorização e defesa da concepção abrangente de APS parecem ser promissoras iniciativas pró-coordenação. De acordo com as autoras, nestes países, embora com diferenciados graus de desenvolvimento, as principais estratégias para a integração dos sistemas de saúde estão relacionadas à territorialização dos serviços e adscrição de clientela, informatização de histórias clínicas, centrais de marcação de consultas, equipes de especialistas como apoio para a APS, criação de redes com gestão regional e/ou municipal, entre outras⁵.

A coordenação entre níveis assistenciais pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde relacionada à determinada intervenção de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum⁶. Neste sentido, se reflete na existência de uma rede integrada, desde a APS aos prestadores de maior densidade tecnológica, de forma que distintas intervenções do cuidado sejam percebidas e experienciadas pelo usuário de forma contínua, adequada as suas necessidades de atenção em saúde e compatível as suas expectativas pessoais⁷. Logo, a coordenação assistencial seria um atributo organizacional dos serviços de saúde que se traduz na percepção de continuidade dos cuidados na perspectiva do usuário.

Hofmarcher et al.³ em estudo realizado com *policy makers* dos países da OECD e revisão da literatura, identificaram quatro áreas nas quais processos de reforma podem potencializar a capacidade dos sistemas de saúde em melhorar a coordenação entre níveis assistenciais. O

primeiro grupo sugere que a coordenação pode ser facilitada pelo aprimoramento da coleta e disseminação das informações sobre pacientes e prestadores e pela ampla utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs). O segundo conjunto de medidas pró-coordenação vincula-se a mudanças necessárias no primeiro nível de atenção para atender às demandas colocadas pelas doenças crônicas. Um terceiro grupo de intervenções com potencial impacto sobre a coordenação dos cuidados refere-se à revisão dos padrões de alocação de recursos no setor ambulatorial dado o progressivo deslocamento de procedimentos da atenção hospitalar para este nível. Por fim, o estudo empreendido pelos autores destaca que a capacidade de coordenação é fortemente afetada pela falta de integração entre os níveis assistenciais e pela relação entre os prestadores, principalmente em função da existência de barreiras que dificultam o trânsito no interior do sistema de saúde.

O presente artigo analisa o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de coordenação desde a Estratégia Saúde da Família (ESF) aos demais níveis do sistema de saúde com foco no conjunto de medidas pró-coordenação vinculado à “integração entre níveis assistenciais”. Segundo Hartz e Contandriopoulos⁸ (p.332) *“A integração propriamente dita dos cuidados consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, para assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis”*. Assim, para efetivar a garantia do cuidado em saúde, torna-se fundamental a constituição de redes integradas, cuja construção reconhece necessariamente a interdependência e, muitas vezes, conflitos entre atores sociais e organizações distintas em situações de poder compartilhado, visto que nenhuma destas instâncias dispõe da totalidade dos recursos.

Além disso, parte-se do pressuposto que a integração entre níveis assistenciais é um dos componentes para a oferta de APS abrangente e distinta da concepção focalizada e seletiva, com cesta restrita e frequentemente de baixa qualidade, dirigida a populações pobres⁹. Conforme destaca Hartz e Contandriopoulos⁸ a efetivação da imagem ideal de um “sistema sem muros” nos quais se eliminariam barreiras de acesso entre os diversos pontos de atenção interligados por corredores virtuais, embora desfrute de relativo consenso em relação aos seus princípios, ainda constitui importante desafio aos sistemas de saúde, demandando avaliações para sua efetiva implementação.

METODOLOGIA

Este artigo apresenta parte dos resultados de uma pesquisa realizada no ano de 2008, denominada “Estudos de caso sobre a implementação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos”¹⁰, financiada pelo Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica. Os municípios para os estudos de caso foram selecionados de forma intencional de modo a escolher experiências consolidadas de implantação da ESF, sendo os casos Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória.

Neste artigo são analisados os resultados referentes à dimensão “integração entre níveis assistenciais” que constituiu um dos eixos principais do estudo. Ênfase foi conferida à relação entre ESF e atenção especializada que englobou serviços de apoio à diagnose e terapia e consultas. Para compreender esta dimensão e orientar a operacionalização do conceito foram definidas categorias de análise, variáveis e indicadores, com base em revisão de literatura^{1,2,3,5,6,7,11,12} e, principalmente estudos de avaliação da ESF^{13,14,15,16,17,18,19,20,21} descritos no quadro 1.

Os estudos de caso foram desenvolvidos utilizando-se diversos métodos, técnicas, fontes de informação e perspectivas. A descrição e análise das estratégias de integração da rede assistencial empreendidas pela gestão municipal de saúde foram realizadas com base em entrevistas semi-estruturadas com Secretários Municipais de Saúde, Coordenadores de Atenção Básica/ESF, gerentes vinculados à Regulação, Controle e Avaliação, à Vigilância em Saúde, gerentes de Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de representantes de entidades profissionais médicas e de enfermagem. Foram realizadas 54 entrevistas para análise desta dimensão.

As experiências e percepções dos profissionais de saúde sobre a coordenação entre níveis assistenciais foram examinadas com base em questionários auto-aplicáveis a amostras de médicos e enfermeiros. Um inquérito de base domiciliar com aplicação de questionários fechados a amostra de famílias cadastradas permitiu conhecer experiências e avaliação dos usuários em relação ao acesso e utilização de serviços de atenção especializada. O informante familiar foi o chefe da família ou 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. O tamanho da amostra foi calculado para estimar proporções maiores ou iguais a 0,1 com erro relativo máximo de 30% (ou seja, erro absoluto máximo de 3%). Considerando o efeito de

conglomerado para seleção de 5 famílias para cada ACS selecionado, obtido na pesquisa “Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos”¹⁵, realizada em 2001-2002, chegou-se a um tamanho de amostra de 768 famílias por município, que dividido por 5 (famílias por ACS) indicou o número de ACS e de ESF a selecionar, tomando por base a seleção de 2 ACS por ESF. Ao todo, foram entrevistadas 3.312 famílias (Aracaju 800, Belo Horizonte 900, Florianópolis 790, Vitória 822).

Em decorrência desse cálculo, todas as ESF de Florianópolis (79) e de Vitória (53) foram incluídas na amostra, sendo que em Vitória foi necessário selecionar 3 ACS por ESF. Foram selecionadas, com equiprobabilidade, 80 das 127 ESF de Aracaju e 90 das 469 ESF de Belo Horizonte. Assim, em Florianópolis e Vitória foi realizado censo de médicos e enfermeiros. Os pesos amostrais foram calculados pelo inverso das probabilidades de inclusão na amostra. Foram entrevistados 224 médicos e 261 enfermeiros nos quatro municípios.

O trabalho de campo foi realizado entre os meses de maio a setembro de 2008. Todos os dados primários resultantes dos estudos transversais foram codificados e computados no programa CSPRO versão 3.3 e distribuídos em frequências simples por município, tipo de informante e variável. As entrevistas semi-estruturadas foram gravadas, transcritas e agrupadas por categorias de análise e variáveis. Tanto os dados quantitativos como qualitativos passaram por análise de conteúdo vertical considerando-se município, categorias e informantes-chave e, posteriormente, por leitura horizontal comparando-se a perspectivas dos diversos atores envolvidos bem como dos quatro casos analisados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz e dos municípios estudados, tendo cumprido todas as exigências estabelecidas pela *Resolução 196/96* do Conselho Nacional de Saúde.

Quadro 1 – Dimensões, variáveis e indicadores do eixo “Integração entre níveis assistenciais”, quatro grandes centros urbanos, 2008

Dimensões	Variáveis	Indicadores
Estrutura organizacional e administrativa do setor de regulação da rede de serviços de saúde	Organização de regionais ou distritos de saúde	Existência e número de regionais/distritos de saúde
	Estrutura de regulação da Secretaria Municipal de Saúde	Existência de gerência/coordenação de regulação, avaliação e auditoria da atenção especializada, hospitalar e da rede de urgência e emergência
	Principal propriedade dos prestadores de serviços de saúde para a atenção especializada	Existência de prestadores públicos municipais e estaduais
Instrumentos de integração dos serviços de saúde	Sistema municipal de regulação e marcação de consultas e exames especializados	Existência de central municipal de regulação e marcação de consultas e exames especializados, % de médicos/enfermeiros que informaram existência de central de marcação de consultas especializadas
	Central municipal de regulação e controle de leitos e internações	Existência de central municipal de regulação e controle de leitos e internações
	Instrumentos de referência e contra-referência para atenção especializada	Existência de instrumentos de referência e contra-referência, % de famílias cadastradas encaminhadas por profissional da ESF que relataram receber informações por escrito para entregar ao serviço de referência, % de médicos que fornecem informações por escrito sempre/na maioria das vezes quando o paciente é referenciado para outros serviços, % de médicos que recebem contra-referência sempre/na maioria das vezes após consulta do usuário com especialista
Organização dos fluxos para atenção especializada, hospitalar e de urgência/emergência	Percurso mais comum do paciente para acesso a atenção especializada	Percurso mais comum do paciente desde o atendimento na USF ao encaminhamento para consulta especializada segundo médicos/enfermeiros e gestores, principais motivos do encaminhamento pelo médico da ESF nos últimos 30 dias segundo famílias cadastradas, principal forma de acesso ao especialista informada por usuários referenciados nos últimos 12 meses
	Prática sistemática de análise dos encaminhamentos para serviços especializados realizados pelos profissionais da APS	Existência de prática sistemática de análise dos encaminhamentos para serviços especializados realizados pelos profissionais da APS, % de médicos/enfermeiros que referiram existir sempre/na maioria das vezes supervisão periódica para avaliar a necessidade de referência aos outros níveis de atenção
	Monitoramento das filas de espera para atenção especializada	Existência de monitoramento das filas de espera para atenção especializada
	Fluxo formalizado para acesso à atenção hospitalar	Existência de fluxo formalizado para acesso à atenção hospitalar
	Articulação entre Centros de Saúde e serviços de pronto-atendimento	Existência e grau de articulação entre Centros de Saúde e serviços de pronto-atendimento
Acesso e utilização dos serviços de atenção especializada e hospitalar	Principal serviço municipal para realização de consultas/exames especializados	Principal serviço municipal para realização de consultas/exames especializados
	Acesso e utilização dos serviços de apoio à diagnose e terapia e consultas especializadas	% de usuários que relataram necessidade de realização de exame solicitado pelo médico da ESF nos últimos 12 meses, % de médicos que conseguem realizar sempre/na maioria das vezes agendamento para serviços de atenção especializada e de apoio à diagnose e terapia, % de usuários referenciados nos últimos 12 meses pelo médico da ESF que conseguiram realizar os exames solicitados, tempo de espera pelo atendimento com o especialista estimado por usuários referenciados, tempo médio de espera para consultas especializadas e para realização de exames de radiologia e ultra-som estimado por médicos/enfermeiros, tempo de espera para realização dos exames solicitados pelo médico da ESF e recebimento dos resultados estimado por usuários referenciados
	Acesso e utilização dos serviços de atenção hospitalar	% de médicos que conseguem realizar sempre/na maioria das vezes agendamento para maternidade, tempo médio de espera para internação para cirurgia eletiva estimado por médicos/enfermeiros
Instrumentos para continuidade informacional	Prontuários eletrônicos	Existência de prontuário eletrônico, % de médicos que referiram fazer registros no prontuário após cada consulta
	Protocolos clínicos	Implantação de protocolos clínicos

Fonte: Giovanela et al.¹⁰

RESULTADOS

A apresentação dos resultados está estruturada com base nas categorias de análise apresentadas no Quadro 1.

Estrutura organizacional e administrativa do setor de regulação da rede de serviços de saúde

Em Aracaju, a primeira habilitação do sistema de saúde ocorreu no ano de 1998 na condição de Gestão Plena da Atenção Básica, conforme Norma Operacional Básica do SUS (NOB/96), mesmo ano de início da implantação da ESF. Em 2001, assumiu a Gestão Plena do Sistema Municipal responsabilizando-se pela média complexidade e gradativamente, pelos serviços de alta complexidade. Belo Horizonte, desde o ano de 1994 quando aderiu à Gestão Semi-Plena, iniciou processo de organização de estruturas de controle e avaliação. Em Florianópolis e Vitória a criação de estruturas de regulação da atenção especializada é recente, tendo sido impulsionada pela expansão de cobertura pela ESF e pela adesão ao Pacto pela Saúde, com assinatura do Termo de Compromisso de Gestão no ano de 2007, que determinou responsabilidades pela média complexidade.

Nos municípios estudados observou-se presença de diferentes prestadores de atenção especializada. Em Aracaju e Belo Horizonte a maioria da oferta localiza-se em unidades próprias municipais. Em Vitória volume considerável de exames ainda se encontra sob gestão do estado, sendo esta rede maior que a municipal. Em Florianópolis segundo gerentes responsáveis pela regulação a maior parte da oferta de atenção especializada já está sendo prestada por unidades municipais (quadro 2). Nestes dois casos, as cotas para os serviços sob gestão estadual são definidas pela Programação Pactuada Integrada (PPI) e controladas por centrais de regulação estaduais.

A compra de consultas e exames da rede privada, principalmente nas especialidades com maior fila de espera foi outra estratégia para garantia de atenção especializada nos quatro casos. Neste sentido, foi relatado que os valores pagos pela tabela SUS, considerados insuficientes pelos prestadores e a ausência de políticas de média complexidade pelo Ministério da Saúde representam importantes entraves à oferta de atenção integral, exigindo pesados investimentos municipais.

Instrumentos de integração dos serviços de saúde

Nos quatro municípios um dos principais instrumentos para integrar a atenção básica à média complexidade foi a implantação de centrais informatizadas de regulação e marcação de procedimentos em centros de saúde. Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória optaram pelo

SISREG, sistema de informação *on line* disponibilizado pelo DATASUS, para gerenciar e operar centrais de regulação. Aracaju implantou o TAS (Terminal de Atendimento do SUS), que permite a marcação de procedimentos especializados, mas não desempenha funções de regulação (quadro 2). Os procedimentos oferecidos por meio da PPI ainda não estavam sob regulação dos sistemas municipais. As iniciativas de regulação e integração entre atenção básica e atenção especializada são confirmadas pela grande maioria dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família que reconhecem a existência de centrais de marcação de consultas e exames (tabela 1).

Além das centrais informatizadas, os municípios apresentaram estratégias para descentralizar as discussões e a responsabilização pelas ações de regulação para os profissionais da atenção básica. Há uma compreensão de que a primeira instância regulatória é o centro de saúde. Em Belo Horizonte, concomitante à implantação do SISREG, foi realizado trabalho de discussão sobre o conceito de regulação assistencial junto aos distritos e unidades básicas. Segundo os gestores e gerentes da SMS, em um contexto de oferta limitada de recursos é necessário estabelecer prioridades até para que se possa garantir a equidade. O primeiro a estabelecer critérios de priorização é o centro de saúde, depois o distrito e por fim a SMS: *“Existem todas estas instâncias de regulação para garantir o acesso em um tempo oportuno e favorecer o restabelecimento da saúde, da autonomia e garantir a atenção integral”* (gestor local de Belo Horizonte). Em Florianópolis e Vitória este processo é ainda incipiente, embora, com a implantação do SISREG e organização das listas de espera por unidades de saúde, o processo de descentralização das discussões sobre regulação esteja avançando.

Em Belo Horizonte todos os leitos, inclusive os privados credenciados ao SUS e os estaduais são controlados pela central municipal de regulação. Em Florianópolis e Vitória não há central municipal de regulação de leitos e internações uma vez que os serviços hospitalares são de gestão estadual. Os dois municípios possuem serviços intermediários de pronto-atendimento que estabelecem ligação com a central de marcação de leitos do estado, para os casos de urgência. Aracaju, embora seja Gestor Pleno do Sistema Municipal, também não possui central municipal de regulação de leitos e internações (quadro 2).

Instrumentos de referência e contra-referência representam importante instrumento para integração dos serviços de saúde. Nos quatro municípios foi relatada existência de mecanismos formais para referência e contra-referência entre atenção básica e especializada. Belo Horizonte e Florianópolis avançam na informatização das unidades básicas e especializadas com implantação de prontuários eletrônicos. A maior parte dos gestores e gerentes em todas as

idades afirmou que a contra-referência não é uma prática comum, embora os fluxos estejam instituídos.

O fornecimento de informações escritas sempre/na maioria das vezes quando o usuário é referenciado a outro serviço de saúde foi prática confirmada pela maioria dos médicos entrevistados, alcançando percentuais superiores a 90% em Vitória, Belo Horizonte e Florianópolis. Mais da metade das famílias encaminhadas por profissionais da ESF também afirmaram receber informações por escrito para entregar ao especialista, sendo o maior percentual observado em Vitória (85%) (tabela 2). Cabe ressaltar que a implantação dos prontuários eletrônicos em Belo Horizonte e Florianópolis, embora parcial, pode ter apresentado influência na diminuição de guias manuais de referência e contra-referência conduzidas pelo usuário. A insuficiência de contra-referência apontada pelos gerentes e gestores foi confirmada pelos baixos percentuais de médicos que afirmaram recebê-la sempre e na maioria das vezes, variando de 2,8% em Belo Horizonte a 11,5% em Florianópolis (tabela 2).

Quadro 2 - Estratégias e características do processo de integração entre os níveis assistenciais segundo gestores e gerentes, quatro grandes centros urbanos, 2008

Variáveis	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória
Estrutura organizacional e administrativa do setor de regulação da rede de serviços de saúde				
Organização de regionais ou distritos de saúde	8 Regiões de Saúde	9 Distritos Sanitários	5 Regionais de Saúde	6 Regiões de Saúde
Estrutura de regulação da Secretaria Municipal de Saúde	Núcleo de Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação	Gerência de Regulação e Atenção Hospitalar, de Projetos Especiais, de Urgência e de Apoio Diagnóstico	Coordenação de Regulação e Coordenação de Controle, Avaliação e Auditoria	Gerência de Regulação, Controle e Avaliação
Principal propriedade dos prestadores de serviços de saúde para atenção especializada	município	município	município	Estado
Instrumentos de integração dos serviços de saúde				
Sistema municipal de regulação e marcação de consultas e exames especializados	TAS	SISREG	SISREG	SISREG
Central municipal de regulação e controle de leitos e internações	não	Sim	Não	Não
Instrumentos de referência e contra-referência para atenção especializada	sim (guias para preenchimento manual)	sim (informatizado)	sim (informatizado)	sim (guias para preenchimento manual)
Organização dos fluxos para atenção especializada, hospitalar e de urgência/emergência				
Percurso mais comum do paciente para acesso à atenção especializada	Encaminhamento do CS	Encaminhamento do CS	Encaminhamento do CS	Encaminhamento do CS
Prática sistemática de análise dos encaminhamentos para serviços especializados realizados pelos profissionais da APS	não	Não	Não	Não
Monitoramento das filas de espera para atenção especializada	parcial	Sim	Sim	Sim
Fluxo formalizado para acesso à atenção hospitalar	não	Sim	Não	Não
Articulação entre CS e serviços de pronto-atendimento	não	Sim	Não	Não
Acesso e utilização dos serviços de atenção especializada e hospitalar				
Principal serviço municipal para realização de consultas/exames especializados	Centros de Especialidades Médicas de Aracaju	Unidades de Referência Secundária e Centros de Especialidades Médicas	Policlínicas Municipais	Centro Municipal de Especialidades
Instrumentos para continuidade informacional				
Prontuários eletrônicos	não	Sim	Sim	Não
Protocolos clínicos	sim (consolidado)	sim (consolidado)	sim (em fase inicial de implantação)	sim (em fase inicial de implantação)

Fonte: Giovanella et al.¹⁰

Organização dos fluxos para atenção especializada, hospitalar e de urgência/emergência

O percurso mais comum do usuário para acesso à atenção especializada acontece por meio de encaminhamentos dos serviços de atenção básica segundo gestores, gerentes, médicos e enfermeiros entrevistados. Nos municípios estudados, a marcação é feita dentro do centro de saúde com base na referência realizada pelo médico (quadro 2). Na maior parte das vezes, o pedido é inserido no sistema de acordo com classificação de riscos e, a data e serviço de referência a ser procurado posteriormente é avisado ao usuário. Em Belo Horizonte e

Florianópolis esta opção representou quase a totalidade das respostas (tabela 1) de médicos e enfermeiros.

Consultas com especialistas foi o principal motivo de encaminhamento para cerca de 70% das famílias com experiência de atendimento recente pela ESF nos quatro casos (tabela 2). Segundo usuários referenciados ao especialista nos últimos 12 meses, 67% e 63%, respectivamente em Belo Horizonte e Vitória, afirmaram que a consulta foi agendada pela Unidade de Saúde da Família (USF), sendo encontrados percentuais em torno de 40% em Florianópolis e Aracaju. Parte importante dos usuários procurou serviços especializados por conta própria, principalmente em Aracaju (26%), o que pode indicar barreiras à constituição da porta de entrada pela APS, organização de fluxos e utilização de planos privados de saúde (tabela 2).

Não foi referida prática sistemática de análise dos encaminhamentos para a atenção especializada realizada pelas equipes de Saúde da Família por parte da SMS ou por supervisores (quadro 2). A existência de supervisão periódica para análise das referências sempre/na maioria das vezes foi referida por 26% dos médicos e enfermeiros de Aracaju e Belo Horizonte, indicando a presença de iniciativas mais pontuais. Os percentuais encontrados foram menores em Vitória e Florianópolis, municípios que recém assumiram a responsabilidade pela gestão da atenção especializada (tabela 1).

Além de regular o acesso e a marcação de consultas e exames, a implantação do SISREG em três municípios estudados permitiu o monitoramento *on line* das filas de espera para a atenção especializada, propiciando à equipe de Saúde da Família acompanhar o percurso do usuário. Com base nos relatórios gerados pelo SISREG, Florianópolis e Vitória desencadearam amplo processo de reavaliação das filas de espera junto com os centros de saúde. Em Aracaju, segundo gerentes e gestores da SMS, o TAS não produz relatórios que permitam monitorar as filas de espera, sendo a percepção sobre os tempos proveniente do controle que cada gerente de centro de saúde faz dos encaminhamentos realizados e de relatórios produzidos pela regulação (quadro 2).

Em Aracaju, Florianópolis e Vitória não foi referido o estabelecimento de fluxos formalizados para acesso à atenção hospitalar. Para as internações de urgência e emergência a busca por vagas na rede hospitalar é frequentemente realizada pelos serviços intermediários de pronto-atendimento. No caso de cirurgias eletivas mecanismos informais são utilizados para garantia de internação como contato pessoal entre médicos ou o próprio usuário se responsabiliza pela busca do atendimento. Em Belo Horizonte a central municipal de regulação de leitos e

internações realiza buscas para garantia das internações de urgência tendo como critérios prioridades clínicas e o perfil do prestador. Para os casos de cirurgias eletivas há uma junta composta por médicos reguladores responsável pela análise das Autorizações de Internação Hospitalar (quadro 2).

Em Belo Horizonte as portas de entrada para atenção de urgência e emergência são compostas por unidades públicas sob gestão municipal. No município o processo de articulação e definição de fluxos entre centros de saúde e Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) foi avaliado de forma positiva pelos gestores. Em Florianópolis, Vitória e Aracaju não foram mencionados mecanismos de referência e contra-referência entre unidades básicas e pronto-atendimento (quadro 2). A relação entre USF e os serviços de emergência foi considerado um dos principais problemas para integração da rede por alto percentual de médicos e enfermeiros em Vitória (61%) e em Belo Horizonte (63%), apesar das iniciativas municipais para estabelecimento de fluxos neste município (tabela 1).

Tabela 1 – Indicadores de integração entre níveis assistenciais segundo médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família, quatro grandes centros urbanos, 2008

Indicadores	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória
% de médicos/enfermeiros que informaram existência de central de marcação de consultas especializadas	90,2	99,3	89,3	92,9
% de médicos que fornecem informações por escrito sempre/na maioria das vezes quando o paciente é referenciado para outros serviços	76,8	95,8	93,4	100,0
% de médicos que recebem a contra-referência sempre/na maioria das vezes após consulta do usuário com especialista	5,4	2,8	11,5	11,4
Percurso mais comum do paciente desde atendimento na UBS ao encaminhamento para consulta especializada segundo médicos/enfermeiros				
A consulta é agendada pela UBS e a data posteriormente informada ao paciente	44,3	95,9	95,4	62,4
O paciente sai da UBS com a consulta agendada	23,8	1,4	0,8	12,9
% de médicos/enfermeiros que referiram existir sempre/na maioria das vezes supervisão periódica para avaliar a necessidade de referência aos outros níveis de atenção	26,3	25,9	19,8	11,8
% de médicos que conseguem realizar sempre/na maioria das vezes agendamento para outros serviços				
Serviços de atenção especializada	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
Tempo médio de espera estimado por médicos/enfermeiros				
Consultas especializadas				
em até 1 mês	23,7	13,6	13,0	41,2
3 meses e mais	32,0	53,1	57,3	34,1
Realização exames de radiologia e ultra-som				
em até 1 mês	26,3	42,1	19,8	48,6
3 meses e mais	40,2	27,2	51,1	18,8
Internação para cirurgia eletiva				
Não sabe informar	38,5	38,8	30,5	44,7
% de médicos que referiram fazer registros no prontuário após cada consulta	100,0	100,0	100,0	100,0
Principais problemas para integração da rede de serviços segundo médicos/enfermeiros da ESF				
Relação entre a USF e a atenção especializada no setor de cuidados ambulatoriais	60,7	46,9	55,0	54,1
Relação entre USF e emergência	45,1	63,3	39,7	61,2
Problemas por causa das listas de espera que impedem o acesso adequado ao cuidado especializado e hospitalar	81,1	91,8	91,6	89,4

Fonte: Giovanella et al.¹⁰

Aracaju – Médicos n=56 Enfermeiros=66; Belo Horizonte – Médicos n=72 Enfermeiros=75; Florianópolis – Médicos n=61 Enfermeiros=70; Vitória – Médicos n=35 Enfermeiros=50

Acesso e utilização dos serviços de atenção especializada e hospitalar

Outra estratégia identificada para ampliar o acesso à atenção especializada e integração da rede foi a criação, pelos governos municipais de Belo Horizonte e Florianópolis, de serviços territorializados, que funcionam como referência para as unidades de atenção básica de determinado distrito ou regional de saúde. Além do aumento da oferta, a descentralização da atenção secundária vem permitindo maior contato entre generalistas e especialistas, garantia de acesso em tempo mais oportuno e diminuição de barreiras financeiras de acesso. Gestores locais de Florianópolis avaliam que investimentos em média complexidade potencializam a resolutividade da atenção básica: *“É dentro desta lógica que estamos trabalhando, ou seja, ampliar o acesso à média complexidade é também qualificar a atenção primária”* (gestor local de Florianópolis). Em Aracaju cada CEMAR (Centro de Especialidades Médicas de Aracaju) é referência para todos os centros de saúde do município em função das especialidades oferecidas (quadro 2). Ainda assim, a oferta de atenção especializada foi considerada insuficiente nos quatro municípios.

A descentralização e ampliação da oferta de atenção especializada refletem-se na avaliação de médicos e enfermeiros, de forma diferenciada entre os municípios. Em Belo Horizonte (81%) e Vitória (72%) a maioria dos profissionais médicos afirmou conseguir realizar agendamento para serviços de atenção especializada sempre e na maioria das vezes. Avaliações menos positivas foram encontradas em Aracaju (43%) e Florianópolis (48%). As dificuldades são maiores em relação à rede de apoio diagnóstico. Em Aracaju, Florianópolis e Vitória o percentual de médicos que afirmaram conseguir realizar sempre/na maioria das vezes agendamento para estes serviços ficou em torno de 40% (tabela 1). Mesmo com as dificuldades apontadas, altos percentuais de usuários referenciados nos últimos 12 meses, variando de 93% em Belo Horizonte a 79% em Florianópolis, afirmaram conseguir realizar os exames solicitados pelos médicos da equipe de Saúde da Família (tabela 2).

Em relação aos tempos de espera para atendimento com especialistas, cerca da metade dos médicos e enfermeiros de Florianópolis (57%) e Belo Horizonte (53%) estimou ser de três meses e mais. Em Vitória observou-se maior agilidade, sendo de até um mês o tempo de espera estimado por 41% dos profissionais (tabela 1). Entre os usuários que haviam sido referenciados ao especialista, a maioria referiu ter sido atendido em até um mês em três municípios, exceto em Florianópolis (44%), sendo o maior percentual encontrado em Vitória (77%) (tabela 2). Para realização de exames de radiologia e ultra-som o tempo médio de espera estimado pela maior parte dos médicos e enfermeiros de Aracaju e Florianópolis foi de três meses e mais. Já em Vitória e Belo Horizonte considerou-se que estes exames são realizados em até um mês. A

avaliação dos usuários indica menores tempos de espera para realização de exames, sendo de até 7 dias em Belo Horizonte (54%) e Vitória (50%) para a maioria dos entrevistados. Maior agilidade no recebimento dos resultados foi observada em Florianópolis e Vitória (tabela 2).

Em Belo Horizonte, em alguns casos o atendimento hospitalar é territorializado, como, por exemplo, na atenção à gestante, confirmado pelo alto percentual de médicos (86%) que afirmaram conseguir realizar sempre/na maioria das vezes agendamento para maternidade (tabela 1). Em Florianópolis e Vitória a atenção hospitalar é regulada pelo estado e representa importante limite à oferta e acesso à atenção integral em saúde uma vez que são frágeis os mecanismos de integração entre os serviços municipais, estaduais e federais: *“Quando precisa encaminhar um paciente para internação, não há um fluxo estabelecido. Superar essa dificuldade certamente qualificaria e integraria melhor a rede”* (gestor local de Florianópolis). Nos quatro municípios, as internações para cirurgias eletivas não se encontravam sob governabilidade dos profissionais de atenção básica, sendo bastante elevado o número de médicos e enfermeiros que não souberam estimar o tempo médio de espera (tabela 1).

Tabela 2 – Indicadores de acesso e utilização de serviços de atenção especializada segundo famílias cadastradas por Equipes de Saúde da Família, quatro grandes centros urbanos, 2008

Indicadores	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória
% de famílias cadastradas encaminhadas por profissional da ESF que relataram receber informações por escrito para entregar ao serviço ou especialista de referência	n=346 65,3	n=582 77,0	n=469 54,4	n=468 84,8
Principais motivos do encaminhamento pelo médico da ESF nos últimos 30 dias segundo famílias cadastradas	n=60	n=101	n=58	n=132
Consulta médica com especialista	73,3	71,3	73,3	68,9
Exames	33,3	28,7	33,3	27,3
Internação ou cirurgia	-	9,9	-	3,8
Principal forma de acesso ao especialista informada por usuários referenciados nos últimos 12 meses	n= 303	n=324	n=227	n= 330
A consulta com especialista foi agendada pela USF	43,2	66,7	40,1	62,7
Procurou por conta própria sem qualquer encaminhamento	25,7	19,4	15,0	19,4
% de usuários que relataram necessidade de realização de exame solicitado pelo médico da ESF nos últimos 12 meses	n=470 57,8	n=583 52,0	n=336 51,8	n=491 53,0
% de usuários referenciados nos últimos 12 meses pelo médico da ESF que conseguiram realizar os exames solicitados	n=272 86,0	n=303 93,1	n=174 78,7	n=260 90,0
Tempo de espera pelo atendimento com o especialista estimado por usuários referenciados	n=163	n=241	N=162	n=231
até 30 dias	59,5	58,1	43,9	76,5
3 meses e mais	9,2	17,0	16,0	10,8
Tempo de espera estimado por usuários referenciados por médico da ESF				
Realização dos exames	n=234	n=282	n=137	n=234
de 0 a 7 dias	18,0	53,6	19,0	50,4
em até 30 dias	68,4	89,4	57,7	90,6
Recebimento dos resultados dos exames	n=234	n=282	n=137	n=234
de 0 a 7 dias	19,2	22,3	51,8	36,3
em até 30 dias	76,5	91,4	84,6	93,6

Fonte: Giovanella et al.¹⁰

Instrumentos para continuidade informacional

Belo Horizonte e Florianópolis, no momento da pesquisa, estavam em processo de implantação de prontuários eletrônicos nos centros de saúde e serviços municipais de especialidades. Fazer registros nos prontuários após cada consulta foi uma prática referida pela totalidade dos médicos de família em todas as cidades (tabela 1).

Os quatro municípios adotam protocolos clínicos em diversas áreas do cuidado, que embora sigam recomendações gerais do Ministério da Saúde, passaram por processos de discussão e

revisões locais, com participação de profissionais, gestores e entidades representativas (quadro 2). Em Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória além dos protocolos tradicionais com base nos ciclos de vida e agravos, foram adotados também protocolos para definição de fluxos e regulação da atenção especializada. Em Florianópolis e Vitória alguns protocolos se encontravam em fase inicial de implantação ou sendo reestruturados para atender às novas configurações da rede e responsabilidades assumidas pelo município.

DISCUSSÃO

Estudos apontam que a capacidade dos sistemas de saúde em prestar cuidados mais coordenados ao minimizar barreiras de acesso entre níveis assistenciais, oferecer atenção em saúde mais sincronizada e em tempo oportuno pode ser otimizada pela implantação de mecanismos e estratégias de integração da rede assistencial^{2,3,6,8}. Além disso, os serviços de APS, pelos atributos que os caracterizam²², seriam os mais adequados para assumirem a responsabilidade de coordenar o percurso terapêutico do usuário na maior parte dos episódios de adoecimento.

As principais estratégias e instrumentos de coordenação dos cuidados por meio da integração entre níveis assistenciais observados nos quatro casos coadunam-se aos encontrados por Conill e Fausto⁵ para os países da América Latina. Os resultados obtidos no estudo, construídos com base na percepção de gestores, profissionais e famílias cadastradas apontaram que, nos municípios estudados, estão presentes instrumentos e estratégias de integração entre níveis assistenciais, em graus distintos de implementação, indicando preocupação com a garantia de atenção integral. Identificaram-se iniciativas de articulação da APS aos demais serviços de saúde o que constitui um dos atributos que a distingue de uma concepção seletiva e focalizadora⁹. Diferenças entre avaliações de gestores, profissionais e usuários foram observadas, assim como em outros estudos já realizados¹⁹.

Um ponto positivo refere-se à criação e fortalecimento de estruturas de regulação ao interior da SMS e nos centros de saúde. Em Aracaju e Belo Horizonte estiveram condicionados às habilitações dos sistemas municipais de saúde. Em Florianópolis e Vitória destacou-se a capacidade de indução à organização e integração da rede potencializada pelo aumento de cobertura pela ESF, anterior à adesão do Pacto pela Saúde. Nestes municípios a criação de estruturas de regulação foi fortemente influenciada pela expansão da atenção básica, reforçando seu caráter de porta de entrada preferencial, responsável pela coordenação entre níveis e de seu papel indutor de mudanças no modelo assistencial. Contudo, nos dois casos

estes são processos ainda incipientes. Embora mudanças organizacionais tenham sido implementadas ao interior da SMS, só agora se refletem nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família e no cuidado prestado aos usuários.

No caso dos municípios que optaram pelo SISREG foi possível conhecer o tamanho real das filas de espera, monitorá-las, planejar a oferta de atenção especializada em função da demanda, definir prioridades clínicas, monitorar o índice de abstenção a consultas e exames, além de garantir maior imparcialidade no controle das agendas. Os processos de regulação da atenção especializada tradicionalmente coordenados pelas secretarias de saúde, gradativamente estão sendo incorporados à rotina dos profissionais da atenção básica, que passam a constituir a primeira instância regulatória do SUS. Este aspecto, considerado um avanço por gestores e gerentes, trouxe também o desafio de como garantir a qualidade da regulação descentralizada.

Outro resultado positivo considerado indicador de integração da rede foi a organização dos fluxos para a atenção especializada. A maior parte dos gestores, gerentes, profissionais e famílias confirmou que a principal forma de acesso a serviços especializados ocorre por meio de referência das USF. A implantação de centros municipais de especialidades representou estratégia para aumento da oferta de consultas e exames, oferecidos em tempo e local mais oportunos, diminuindo barreiras de acesso e possibilitando maior contato entre generalistas e especialistas que passam a atuar em um mesmo território.

O investimento em Tecnologias de Informação e Comunicação como a informatização dos prontuários foi uma iniciativa pró-coordenação importante, ainda que em estágio inicial. O desafio parece ser integrá-los à rede especializada e demais prestadores, como os privados e estaduais. O desenvolvimento de instrumentos de coordenação clínica como protocolos, inclusive de acesso à atenção especializada, também representa estratégia para garantia de atenção integral, tendo como centro os serviços da rede básica.

Embora tenha sido identificado um conjunto de medidas pró-coordenação com base na implantação de estratégias organizacionais de integração da rede, alguns desafios permanecem neste campo e outros o extrapolam.

Ainda em relação à integração entre níveis assistenciais, segundo Calnan et al.¹, a literatura sugere que entre as tradicionais barreiras para a coordenação dos cuidados, destaca-se a existência de diferentes prestadores de serviços de saúde. Em Florianópolis e Vitória a presença de prestadores estaduais cuja regulação não está sob responsabilidade do município, constitui entrave à garantia de atenção especializada, visto ainda representarem parcela

importante da oferta. Neste sentido, as unidades estaduais conformam estruturas paralelas, não integradas aos serviços especializados municipais.

No campo do cuidado hospitalar, a ausência de centrais municipais de regulação de leitos e internações além de dificultar o acesso, impede a definição de fluxos formais, resultando em importante obstáculo à oferta de atenção integral e tornando incompleto o processo de integração da rede. O contato informal entre profissionais oportuniza acesso desigual a internações e cirurgias, nem sempre orientados por critérios de prioridade clínica. Além disso, a ausência de mecanismos de contra-referência para a rede básica reflete-se no alto percentual de profissionais que não souberam informar o tempo de espera dos usuários para cirurgias eletivas. Situação mais favorável foi observada em relação à garantia de agendamento para maternidade, sugerindo melhoria de acesso na atenção à gestante.

Nos quatro casos, a prática sistemática de avaliação dos encaminhamentos por centro de saúde poderia melhorar a qualificação das referências e promover utilização mais racional dos recursos especializados. Esforços deveriam ser empreendidos também junto aos demais profissionais da rede quanto à necessidade de garantir a continuidade informacional, requisito para a coordenação do cuidado pela APS. A ausência da contra-referência sugere necessidade de maior integração entre profissionais da atenção básica e especializada.

Foi consensual também a avaliação de que, para além da organização dos fluxos e integração da rede, a garantia de atenção integral depende da suficiente oferta de procedimentos especializados. De forma diferenciada entre os municípios, nem sempre é possível garantir agendamento para média complexidade, principalmente no que se refere à rede de apoio à diagnose e terapia. A maior parte dos médicos e enfermeiros avaliou problemas decorrentes das listas de espera que impedem o acesso adequado ao cuidado especializado e hospitalar como o principal entrave à integração da rede de serviços de saúde (tabela 1). Contudo, mais que a falta de fluxos ou de mecanismos de marcação e regulação de procedimentos, este achado e outros, sugerem obstáculos vinculados à oferta insuficiente.

A contratação de serviços da rede privada foi uma das estratégias para suprir deficiências na oferta de atenção especializada, dificultada, segundo avaliação dos gestores e gerentes, pela remuneração oferecida pela tabela do SUS, considerada inadequada pelos prestadores. Também foi recorrente a avaliação de que não há políticas para a média complexidade promovidas pelo MS. Percentual importante dos investimentos para garantir atendimento integral, que envolve, necessariamente, serviços especializados e hospitalares, faz parte das iniciativas e esforços do gestor municipal de acordo com os entrevistados.

Em síntese, estratégias semelhantes de integração da rede, com resultados diferenciados, foram encontradas nos quatro casos como investimentos em sistemas informatizados e descentralizados de regulação, monitoramento das filas de espera para a atenção especializada, aumento da oferta de serviços próprios municipais, implantação de protocolos clínicos, além dos prontuários eletrônicos em dois casos. Contudo, a ausência de regulação e de fluxos formais para a atenção hospitalar constitui importante entrave à garantia de cuidado integral, tornando incompleto o processo de integração da rede. A insuficiência na oferta de atenção especializada, agravada pela pouca integração entre prestadores estaduais e municipais, também se reflete nas dificuldades para agendamento de procedimentos especializados. Neste sentido, futuros estudos focados em avaliações de cobertura da média complexidade, integração da rede na perspectiva dos profissionais que atuam na atenção especializada e constituição de fluxos para a atenção hospitalar podem trazer novas contribuições e elementos ao debate.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calnan M, Hutten J, Tiljak H. The challenge of coordination: the role of primary care professional in promoting integration across the interface. In: Saltman RS, Rico A, Boerma WGW (ed) Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Berkshire: Open University Press; 2007. p. 85-104.
2. Gérvas J, Rico A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primaria. SEMERGEN 2005; 31(9):418-23.
3. Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E. Improved Health System Performance Through Better Care Coordination. Paris: OECD; 2007.
4. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Cad Saúde Pública 2006; 22(5):951-963.
5. Conill E, Fausto M. Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Rio de Janeiro: EuroSocial Salud; 2007.
6. 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.
7. Boerma WGW. Coordination and Integration in European primary care. In: Saltman RS, Rico A, Boerma WGW (ed) Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Berkshire: Open University Press; 2007. p. 3-21.
8. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Cad Saúde Pública 2004; 20 (Sup2):331-6.
9. World Health Organization. Primary Health Care. Now more than ever. The World Health Report 2008. Geneva: WHO; 2008.

10. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM, coordenadores. Estudos de Caso sobre a Implementação da Estratégia Saúde da Família em Grandes Centros Urbanos. Relatório Final. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2009. <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=9439&tipo=B>.
11. 7. Watson DR, 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. <http://www.chspr.ubc.ca/files/publications/2004/chspr04-19.pdf>. (acessado em 14/Jan/2010).
12. Ojeda JJ, Freire JM, Gervas J. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: Reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? *Rev Adm Sanit* 2006; 4(2):357-82.
13. 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*, 10. Brasília, DF: Organização Panamericana de Saúde/Ministério da Saúde; 2006.
14. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. *Saúde em Debate* 2003; 27(65):278-289.
15. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos: síntese dos principais resultados. 2ª ed. Brasília, DF: Editora MS; 2005.
16. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Equipe de Saúde da Família – (Serie B. Textos Básicos de Saúde). Brasília, DF: Editora MS; 2005.
17. Viana ALA, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Novaes MHD. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(3):577-606.
18. 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 extrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(3):633-641.
19. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(3):683-703.
20. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(3):669-681.
21. Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisa Mundial de Saúde/Municípios do Brasil/Atenção Básica. Rio de Janeiro: MS/Fiocruz; 2005.
22. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.

ARTIGO 4. ESTRATÉGIAS DE INTEGRAÇÃO ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ATENÇÃO ESPECIALIZADA: PARALELOS ENTRE BRASIL E ESPANHA

Patty Fidelis de Almeida^{XII}

Juan Gérvas^{XIII}

José-Manuel Freire^{XIV}

Lígia Giovanella^{XII}

Resumo

Este artigo analisa estratégias desenvolvidas por Brasil e Espanha para integrar Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Especializada, com base em estudo qualitativo realizado em municípios brasileiros e Comunidades Autônomas espanholas. Foram entrevistados 81 gestores e gerentes da saúde. Entre as iniciativas comuns para integração da rede, com graus distintos de desenvolvimento, observa-se: papel de filtro exercido pelo médico de família, territorialização dos serviços de saúde, estratégias para aproximar profissionais como os “especialistas consultores” e o “matriciamento” e adoção de protocolos clínicos consensuados. No Brasil ressalta-se a recente implantação de sistemas descentralizados de regulação que permitem acompanhar o percurso dos usuários e as filas de espera e na Espanha, a já consolidada informatização da história clínica em APS. A criação de história clínica única é um desafio colocado aos dois países. Iniciativas que promovam maior relação interpessoal foram consideradas as estratégias mais exitosas para integrar profissionais de ambos os níveis.

Palavras-chave – Atenção Primária à Saúde, coordenação, integração

^{XII} Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde – Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz

^{XIII} Escuela Nacional de Sanidad-ISCIII e Equipe CESCO – Madri/ES

^{XIV} Escuela Nacional de Sanidad-ISCIII – Madri/ES

ESTRATEGIAS PARA LA INTEGRACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA: PARALELOS ENTRE BRASIL Y ESPAÑA

Resumen

El artículo analiza estrategias desarrolladas por Brasil y España para integrar Atención Primaria en Salud (APS) y Atención Especializada, con base en estudio cualitativo realizado en municipios brasileños y Comunidades Autónomas Españolas. Fueron entrevistados 81 gestores/gerentes de salud. Entre las iniciativas para integración de la red, con diferentes grados de desarrollo, se observó: papel de filtro del médico de familia, regionalización de los servicios, estrategias para aproximar profesionales (especialistas consultores", "apoyo matricial") y la adopción de protocolos clínicos consensuados. En Brasil, el estudio destaca la reciente implantación de sistemas descentralizados de regulación que permiten acompañar la ruta de los usuarios y filas de espera y en España, la ya consolidada informatización de la historia clínica en APS. La creación de historia clínica única es un reto para los dos países. Las iniciativas para promover una mayor relación interpersonal son identificadas como las más exitosas para integrar profesionales de ambos niveles.

Palabras clave – Atención Primaria en Salud, coordinación, integración

STRATEGIES FOR INTEGRATING PRIMARY HEALTH CARE WITH SPECIALIZED CARE: PARALELS BETWEEN BRAZIL AND SPAIN

Abstract

This paper examines strategies developed by Brazil and Spain for integrating Primary Health Care (PHC) with Specialized Care, on the basis of a qualitative study conducted in municipalities in Brazil and Autonomous Communities in Spain. Eighty-one health policymakers and managers were interviewed. Common measures to integrate the health system, implemented in differing degrees, included: the filter role played by the family doctor, territorialization of health services, and strategies for forging closer links between PHC and, for instance, “specialist consultants”, as well as “matrix support” and consensual clinical protocols. Of particular note, in Brazil, is the recent introduction of decentralized regulation systems that enable monitoring of user routings and waiting lists and, in Spain, the long established computerization of PHC clinical records. Both countries face the challenge of creating unified clinical records. Measures to foster more interpersonal relationship were considered the most successful strategies for integrating health workers from the two levels.

Keywords – Primary Health Care, coordination, integration

INTRODUÇÃO

Espanha e Brasil caracterizam-se pela implantação de sistemas nacionais de saúde com princípios organizativos semelhantes como financiamento por impostos gerais, cobertura universal e processos de reforma no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), iniciados nas décadas de 1980 e 1990, respectivamente, ainda que em condições sócio-econômicas e tradições históricas distintas (quadro 1). Em ambos os países, a expansão da cobertura e da provisão pública dos serviços de saúde ganhou força em contexto econômico e político desfavorável marcado por processos de Reforma do Estado, adverso a intervenções de caráter universal e ampliação dos programas de bem-estar social (Rico, Freire, Gervas, 2007; Senna, 2002).

No Brasil, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), iniciada na década de 1990, representou contexto favorável a processos de reforma do modelo assistencial. Em 1994, foi instituído pelo Ministério da Saúde o “Programa Saúde da Família” (PSF). Inicialmente formulado como um programa vertical, orientado a populações de risco (Vianna e Dal Poz, 1998), em um segundo momento, passou a ser considerado pelo governo brasileiro a principal estratégia de reforma do modelo de atenção em saúde. Além de promover maior acesso à atenção primária, a Estratégia Saúde da Família (ESF) incorporou como uma de suas diretrizes a definição de porta de entrada pela APS, aliado ao desenvolvimento de ações de promoção de saúde, prevenção de agravos, formação de equipe multiprofissional, maior participação social e intersetorialidade (Brasil, 2006). A estrutura organizacional das redes assistenciais é constituída por três níveis: atenção básica (ou APS), assistência ambulatorial e hospitalar de média complexidade e assistência ambulatorial e hospitalar de alta complexidade (quadro 1).

O *Sistema Nacional de Salud* espanhol (SNS) instituído em 1986 pela *Ley General de Sanidad* representou, segundo Freire (2004), opção política pela experiência considerada exitosa dos serviços nacionais de saúde e uma evolução da *Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social* (ASSS). Originada no *Seguro Obligatorio de Enfermedad*, criado durante os anos de 1940, o seguro social teve sua cobertura progressivamente ampliada e desde seu início instituiu o médico generalista como profissional de primeiro contato. No caso espanhol, ao contrário de outros países com sistemas de seguro social, a ASSS construiu rede própria, composta por ambulatórios e hospitais. Neste sentido, a criação do *Sistema Nacional de Salud*, em 1986, representou a trajetória mais coerente ao desenvolvimento alcançado pela previdência, cuja cobertura foi se incrementando até a década de 1980. Pressões dos profissionais recém formados na especialidade de Medicina de Família e Comunidade (MF&C), criada em 1978

(Carrio e Badía, 2008), e a crescente insatisfação da população com os serviços oferecidos, motivaram a promulgação do Real Decreto 137/1984, considerado um marco na criação de um novo modelo de APS no país. As principais reformas centraram-se na contratação de médicos generalistas em dedicação integral, formação de equipes multidisciplinares, melhoria da infraestrutura física, construção de novos Centros de Saúde e fortalecimento da função de *gatekeeper* do generalista, agora com formação em MF&C (Freire, 2004; 2005). Algumas características dos Sistemas Nacionais de Saúde e da APS nos dois países estão descritos nos quadros 1 e 2.

Desde 1999, o *Sistema Nacional de Salud* espanhol é financiado por meio de impostos gerais federais e das dezessete Comunidades Autônomas (CA), que têm por função a gestão e organização de toda a assistência sanitária nos territórios. O processo de descentralização foi gradual, tendo início em 1981, com a transferência de recursos a Catalunha, e completado em 2002. Embora a assistência sanitária seja de responsabilidade das Comunidades Autônomas, as diretrizes gerais estão contidas na *Ley General de Sanidad*. Os serviços sanitários estão organizados em Áreas de Saúde, com população entre 200 e 250 mil habitantes, e em dois grandes níveis de atenção: o primeiro nível ou APS, composto por Centros de Saúde e consultórios e o segundo nível, a atenção especializada, prestada por hospitais gerais denominado hospital de área, no qual também estão concentrados os meios diagnósticos e os serviços de urgência 24 horas (España, 2006)(quadro 1).

Quadro 1 – Características gerais dos sistemas de saúde – Brasil e Espanha, 2009

Característica	Brasil	Espanha
Cobertura pública populacional	Universal (de direito, não de fato)	Universal (de fato, não de direito)
Fontes de financiamento	Impostos gerais	Impostos gerais
Gasto total em saúde % do PIB	7,5 (2006) (*)	8,5% (2007)(**)
Gasto público em saúde % do gasto total em saúde	47,9 (2006) (*)	71.8 (2007) (**)
Gasto total em saúde per capita (\$US PPP)	674,0 (2006) (*)	2.671 (2007) (**)
% de população coberta por seguros privados de saúde	20,6 (2007) (***)	14.4 (2006) (*), sendo 50% deste total pertencentes ao Seguro Social de Funcionários
Entidade político- territorial responsável pela gestão e organização do sistema de saúde	<u>Municípios</u> : responsáveis pela APS – descentralização finalizada em 2004; parte dos municípios de maior porte – todo o sistema de saúde, incluindo atenção especializada e hospitalar; <u>Estados</u> : responsáveis pela gestão da média e alta complexidade, referência para vários municípios	<u>Municípios</u> : não têm competências na organização do SNS <u>Comunidades Autônomas – CA</u> : (estados) responsáveis por todo o sistema de saúde – descentralização finalizada em 2002.
Entes responsáveis pela organização do sistema de saúde	Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde – órgão da administração pública direta – organização indiferenciada dentro da administração pública correspondente (Município, Estado)	Todas as CA têm Serviços Autônomos de Saúde (Serviço Vasco, Galego, etc.). São organizações com personalidade jurídica própria, com diversos formatos (organismos autônomos, empresas públicas, entes públicos de direito privado)
Organização territorial-populacional do sistema de saúde	<u>Regiões ou Distritos de Saúde</u> – em construção com formatos diversos <u>Áreas de saúde</u> : para as Equipes de Saúde da Família (até 4.000 hab)	<u>Áreas de Saúde</u> : 200.000 a 250.000 hab. <u>Zonas Básicas de Saúde</u> : 5.000 a 25.000 hab para a APS
Níveis de organização da atenção em saúde	3 Níveis: <u>Atenção Básica (APS)</u> <u>Atenção de média complexidade</u> especializada ambulatorial e hospitalar <u>Atenção de alto custo/alta complexidade</u> ambulatorial e hospitalar	2 Níveis: <u>Atenção Primária à Saúde</u> <u>Atenção Especializada</u> : ambulatorial hospitalar e internação hospitalar
Prestadores de serviços do sistema público de saúde	<u>APS</u> : própria pública em Centros de Saúde <u>Atenção Especializada</u> : pública e privada, 35% dos procedimentos realizados pelo SUS foram realizados por prestadores privados (#) <u>Atenção hospitalar</u> : privada e pública, 55% das internações realizadas pelo SUS foram em prestadores privados (#)	<u>APS</u> : própria pública em Centros de Saúde <u>Atenção Especializada/Hospitalar</u> : 70% prestadores públicos próprios (varia segundo CA)
Vínculo laboral dos trabalhadores sanitários públicos	Diversos regimes: servidores públicos, Regime CLT, contratos temporários	Regime especial de emprego público (“estatutário”) para a grande maioria
Médicos por 10.000 habitantes	17,4 (2007) (***)	36,5 (2007) (**)
Enfermeiros por 10.000 habitantes	9,4 (2007) (***)	75,4 (2007) (**)
Leitos hospitalares por 10.000 habitantes	24 (2005) (***)	33 (2006) (**)
Número de consultas médicas por habitante/ano	2,6 (SUS) (2007) (***)	8,1 (2006) (**)

Fontes:

* [WHO Statistical Information System \(WHOSIS\)](#), 2008

** OECD Health Data, 2009

*** Indicadores e Dados Básicos, 2008

Ministério da Saúde - DATASUS

Passados mais de vinte anos do início da reforma da APS na Espanha e mais de uma década da implantação da ESF no Brasil, a integração entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada (AE), assim como em outros países, se converteu em uma preocupação e um desafio a ser enfrentado pelos sistemas de saúde, principalmente diante do aumento da

prevalência de doenças crônicas e também pela reconhecida fragmentação na oferta de assistência em saúde que compromete a coordenação dos cuidados (Hofmarcher, Oxley, Rusticelli, 2007; Gérvas, Rico, 2005). Segundo Gérvas (2009) a integração entre níveis segue como um tema pendente para o sistema de saúde espanhol. Para o autor, a reforma da APS privilegiou mudanças na carteira de serviços, tipo e distribuição dos recursos, em detrimento de ações pró-coordenação, sendo este o escopo de medidas mais recentes. No Brasil, após período de ampla expansão da ESF, principalmente a partir dos anos 2000, a preocupação com a coordenação ganhou ênfase e políticas específicas por parte do gestor federal que passou a garantir financiamento para a implantação de equipes interdisciplinares de apoio aos profissionais de Saúde da Família com objetivo de fortalecer, ampliar a resolutividade e integração da APS aos demais níveis (Brasil, 2008).

Estudos identificam um conjunto de reformas capazes de potencializar a capacidade dos sistemas de saúde em melhorar a coordenação dos cuidados, que pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações relacionados à atenção em saúde de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum (Almeida et al. 2010; Hofmarcher, Oxley, Rusticelli, 2007; Boerma, 2007; Nuñez, Lorenzo, Navarrete, 2006). Entre as principais medidas pró-coordenação destacam-se a utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), mudanças nos padrões de financiamento e alocação de recursos no setor ambulatorial, integração entre níveis assistenciais e fortalecimento das estruturas de APS (Hofmarcher, Oxley, Rusticelli, 2007; Boerma, 2007; Gérvas, Rico, 2005).

O presente artigo identifica estratégias de coordenação dos cuidados por meio da análise de instrumentos de integração entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada desenvolvidas em municípios brasileiros e Comunidades Autônomas espanholas. Estudos demonstram que a coordenação dos cuidados sustenta-se na existência de uma rede integrada de prestadores de serviços de saúde, de modo que distintas intervenções sejam percebidas e experienciadas pelo usuário de forma contínua e adequada às suas necessidades de atenção em saúde. Assim, a coordenação é fortemente afetada pela “integração entre níveis assistenciais”, principalmente pela existência de barreiras que dificultam o trânsito do usuário na busca pelo cuidado em saúde (Hofmarcher, Oxley, Rusticelli, 2007). De acordo com Hartz e Contandriopoulos (2004) para efetivar a garantia do cuidado em saúde, torna-se fundamental a constituição de redes integradas que reconhece necessariamente a interdependência e, muitas vezes conflitos entre atores sociais e organizações distintas. Deste modo, além de colaborar para maior conhecimento teórico e prático no campo da coordenação dos cuidados aqui

compreendida como essencial à oferta de uma APS abrangente, objetiva-se identificar práticas exitosas que, tendo em vista especificidades de cada país, possam constituir lições aprendidas.

Quadro 2 – Características da Atenção Primária à Saúde – Brasil e Espanha, 2009

Indicador	Brasil	Espanha
Tradição – antecedentes de Medicina Geral	Medicina Previdenciária com ações especializadas de pronto-atendimento, sem tradição em MF&C Centros de Saúde Pública para controle de endemias e atendimento a grupos específicos por meio de ações programáticas Iniciativas locais em Medicina Geral e Comunitária	Medicina de Assistência Pública Domiciliar (século XIX) Anos 40: o Seguro Social inicia com a Medicina e Pediatria geral (médicos de <i>cabecera</i>)
Processo de reforma da APS	Iniciado em 1994 (criação do Programa Saúde da Família)	Iniciado em 1984 (RD137/84) Criação das Equipes de Atenção Primária
APS porta de entrada (filtro)	Proposta a partir de 1994 em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família	Sim, desde os anos de 1940, início do Seguro Social
Co-pagamento por consultas	Não	Não
Territorialização da APS	Para áreas cobertas pelo PSF: áreas e micro-áreas de saúde	Sim: Zonas Básicas de Saúde (Centros de Saúde)
Composição das Equipes de APS	Médico generalista, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde e equipe de saúde bucal (odontólogo, ACD e/ou THD)	Médico de Família e Comunidade, Pediatra, Enfermeiras, Administrativos
Lista de população por médico de família	Não (população adscrita a Equipe de Saúde da Família e não ao médico de família – de 3.000 a 4.000 hab/ESF)	Sim: entre 1.300 e 1.800 pessoas registradas por médico de família
Livre eleição do médico/equipe de Saúde da Família	Não	Sim (possibilidade de mudar de médico de família voluntariamente)
Sistema de pagamento dos médicos	Salário	Salário + pequeno complemento por capitação
Horário normal de funcionamento dos Centros de Saúde	8:00-17:00 (segunda a sexta-feira)	08:00-21:00h (segunda a sexta-feira) em dois turnos
Formação especializada em Medicina de Família e Comunidade	Não obrigatória	Atualmente obrigatória Iniciada 1978 – 4 anos de duração, igual as outras especialidades.

PERCURSO METODOLÓGICO

Para identificar e analisar as estratégias de integração entre APS e AE no Brasil e na Espanha foram analisados dados qualitativos de pesquisa desenvolvida em quatro municípios brasileiros (Giovannella, Escorel, Mendonça, 2009) e em três Comunidades Autônomas espanholas, além de revisão de literatura e documentos. Por meio dos estudos buscou-se analisar características, similaridades e diferenças em relação às estratégias de integração entre níveis assistenciais, considerado elemento fundamental para alcançar o atributo da coordenação dos cuidados (Kringos et al., 2010) com base em experiências locais em dois países. Conforme destaca Conill (2006), embora a organização e a distribuição dos serviços sejam distintas entre os países, similaridades podem ser observadas em função de influências de âmbito universal, principalmente no campo tecnológico e no campo da informação, por mudanças nos perfis

demográfico e epidemiológico que seguem tendências semelhantes, pelas novas necessidades médico-assistenciais, além de consensos produzidos por organismos internacionais. Embora seja impossível a simples importação de experiências desenvolvidas em contextos socialmente distintos, a análise comparada permite conhecer diferentes estratégias para o enfrentamento dos problemas de saúde, refletir sobre sua utilidade e situar determinado sistema de saúde em uma perspectiva mais ampla.

Os municípios brasileiros foram selecionados de forma intencional de modo a escolher experiências consolidadas de implantação da ESF, sendo os casos Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória (Giovannella, Escorel e Mendonça, 2009). Na Espanha foram selecionadas CA com capacidade de “liderança”, cujas mudanças e inovações são de grande influência para as demais, quais sejam: Catalunha, Madri e País Basco. Nos três casos as unidades de análise foram compostas pela área metropolitana mais importante, respectivamente, Barcelona, Madri e Bilbao. Nos dois países foram eleitas unidades com capacidade decisória (municípios no Brasil e CA na Espanha).

A principal fonte de informação do estudo foram entrevistas semi-estruturadas realizadas com gestores e gerentes da saúde. O roteiro de entrevista foi definido com base em categorias de análise utilizadas por Almeida et al. (2010) para avaliar e identificar estratégias de integração entre níveis assistenciais. Com base nestas categorias foram definidos contextos, ou seja, âmbitos de gestão e gerência da rede de serviços de saúde capazes de responder aos objetivos do estudo nos quais foram eleitos informantes-chave. Os roteiros de entrevista foram adaptados em função das especificidades dos sistemas de saúde de cada um dos países. Ênfase foi conferida à relação entre APS e atenção especializada que englobou serviços de apoio à diagnose e terapia e consultas.

Foram realizadas 81 entrevistas com informantes-chave dos dois países entre os quais, no Brasil: Secretário Municipal de Saúde (4), Coordenador da Atenção Básica/ESF (4), gerentes vinculados à Regulação, Controle e Avaliação (16), à Vigilância em Saúde (4), gerentes de Unidades Básicas de Saúde (16), além de representantes de entidades profissionais médicas e de enfermagem (10). Nas três CA espanholas foram entrevistados gerentes de áreas de APS (5), diretores médicos, de enfermagem, de docência e investigação (14) diretores clínicos de hospitais (2) e médicos de família e enfermeiros com experiência em gestão (6). O trabalho de campo nos municípios brasileiros foi realizado entre os meses de maio a setembro de 2008 e nas CA de março a agosto de 2009.

As entrevistas semi-estruturadas foram gravadas e transcritas. Foi realizada análise de conteúdo e os resultados organizados segundo as categorias pré-definidas. Em um primeiro momento, os dados passaram por análise vertical de conteúdo considerando categorias, grupos de informantes-chave, municípios e CA, e, posteriormente, por leitura horizontal comparando-se a perspectivas do conjunto de atores envolvidos nos dois países. Além das categorias pré-definidas, novos elementos foram identificados com base em temas emergentes nas entrevistas. Assim, a apresentação dos resultados está estruturada em quatro dimensões utilizadas para analisar a “integração entre atenção primária e especializada”: posição ocupada pela APS e prioridade do tema da integração entre níveis de atenção nas políticas locais de saúde; instrumentos de integração dos serviços de saúde; organização dos fluxos para atenção especializada e para urgência/emergência; e cultura de colaboração entre APS e AE (Quadro 3).

RESULTADOS

Integração entre Atenção Primária e Especializada no Brasil

- Posição ocupada pela APS e prioridade do tema da integração entre níveis de atenção nas políticas locais de saúde

A integração entre níveis assistenciais tem sido um tema constante no debate da política local de saúde nos quatro municípios brasileiros e considerada relevante e necessária para a construção de uma atenção integral em saúde. Há um entendimento de que somente a expansão da Estratégia Saúde da Família não é suficiente para garantir a integralidade do cuidado, exigindo a articulação com os demais níveis do sistema e com as políticas públicas. Ainda assim, se reconhece que a implantação da ESF, na medida em que objetiva organizar a porta de entrada, impulsionou o debate em torno da necessidade de organização da rede, regulação e coordenação dos cuidados. A possibilidade de redução do número de internações hospitalares, melhoria do acompanhamento do uso de medicamentos e do autocuidado, do fluxo de informações entre serviços e ganhos de eficiência do sistema em geral seriam resultados ao médio prazo de medidas pró-coordenação. Os grupos avaliados como mais afetados por inadequada coordenação foram crianças, mulheres, idosos, pacientes crônicos e com patologias graves que apresentam dificuldades para acessar o sistema de saúde. No entanto, destacou-se que os diversos grupos populacionais necessitam de cuidados contínuos, associado à existência de serviços de saúde integrados (quadro 3).

As equipes de Saúde da Família (SF) são a porta de entrada para o sistema de saúde embora o papel de filtro, que inclui a referência aos demais níveis, seja exercido pelo médico generalista nas cidades estudadas (quadro 3). Além de porta de entrada, os serviços de APS são identificados pelos gestores e gerentes como o nível de atenção que teria o papel de coordenação dos cuidados ao interior do sistema de saúde: *“Todo o restante da rede é suporte para a atenção básica”* (gestor de Belo Horizonte). Além disso, o desenvolvimento de estratégias para atendimento à demanda espontânea, como o acolhimento, foi considerado fundamental para a consolidação da APS como serviços de primeiro contato e uso regular, ainda que nem sempre plenamente implantadas.

- Instrumentos de integração dos serviços de saúde

Nos municípios estudados, um dos principais instrumentos para integrar a APS à atenção especializada foi a implantação de centrais informatizadas de regulação e marcação de procedimentos nas Unidades de Saúde da Família (USF). Os sistemas informatizados permitem conhecer o tamanho real das filas de espera, monitorá-las, definir prioridades clínicas, conhecer o índice de abstenção a consultas e exames, além de garantir maior imparcialidade no controle das agendas. Os processos de regulação da AE tradicionalmente coordenados pelas secretarias de saúde, gradativamente estão sendo incorporados à rotina dos profissionais da APS, que passaram a constituir a primeira instância regulatória do SUS.

A implantação da história clínica informatizada nos serviços de atenção primária e especializada ainda é recente e bastante incipiente. Belo Horizonte e Florianópolis, no ano de 2008, estavam em processo de informatização dos prontuários nas USF, com desenvolvimento de história clínica compartilhada com os serviços municipais de especialidades. Nestas cidades, desde o início da implantação trabalhou-se pela criação de história clínica única entre atenção primária e especializada (quadro 3).

Foi relatada existência de instrumentos formais para referência e contra-referência. Contudo, a maior parte dos gestores e gerentes afirmou que a contra-referência não é uma prática comum. Entre os motivos apontados estiveram a vinculação histórica do usuário com a atenção especializada, isolamento entre profissionais dos dois níveis, desqualificação do trabalho do generalista e dificuldades dos profissionais para registro de dados clínicos.

- Organização dos fluxos para atenção especializada e para urgência/emergência

O percurso mais comum do usuário para acesso à atenção especializada acontece por meio de encaminhamento dos serviços de APS nos quatro casos. A marcação é realizada com base na referência do médico das equipes de SF (quadro 3). O pedido é inserido em sistema informatizado e a data e serviço, em geral, são posteriormente avisados ao usuário pelo telefone ou pelo Agente Comunitário de Saúde. Outra forma de acesso à atenção especializada é por meio da procura direta por unidades de urgência e pronto-atendimento. Em todos os municípios foi recorrente o discurso de que muitos casos que chegam a estes serviços poderiam ser atendidos nas USF. De acordo com avaliação dos gestores e gerentes a possibilidade de atendimento no mesmo dia e certa facilidade de acesso a meios diagnósticos são alguns dos fatores explicativos pela procura dos serviços de urgência como primeiro contato.

Nos municípios estudados o sistema de marcação e regulação presente nas USF permite a inserção da referência solicitada pelo médico de família segundo classificação de risco. Os casos considerados prioritários são avaliados por equipes de médicos reguladores da Secretaria Municipal de Saúde que definem aqueles que não podem estar na fila de espera, independente das cotas físicas de cada unidade.

Para atendimentos em horários fora do funcionamento das USF estão disponíveis Unidades de Pronto-Atendimento (UPA). A UPA faz parte da rede de urgência, contudo a definição de fluxos representa um desafio aos gestores dos sistemas municipais de saúde. Em Belo Horizonte há um acordo entre os serviços de saúde para que a USF atenda aos casos agudos e referencie para a UPA apenas os que realmente necessitam. Os serviços de pronto-atendimento se comprometem a realizar a contra-referência para as equipes de Saúde da Família (quadro 3).

Para a organização dos fluxos são adotadas guias de prática clínica em diversas áreas do cuidado, que embora sigam recomendações gerais do Ministério da Saúde, passaram por processos de discussão e revisões locais, com participação de profissionais, gestores e entidades representativas. Em Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória além das guias tradicionais com base nos ciclos de vida e agravos, foram adotados protocolos para definição de fluxos e regulação da atenção especializada. O processo de construção coletiva dos protocolos funcionou também como estratégia de capacitação para uso dos mesmos e interlocução entre profissionais de APS e AE.

Não foi referida prática sistemática de análise dos encaminhamentos realizados pelas equipes de Saúde da Família por parte do gestor municipal. Contudo, a implantação de sistemas informatizados de regulação para atenção especializada, possibilitou o monitoramento *on line*

das filas de espera, possibilitando o acompanhamento do percurso do usuário e redimensionamento da oferta dos recursos especializados de acordo com critérios epidemiológicos e sociais, além de medidas para diminuição dos tempos de espera (quadro 3).

- Cultura de colaboração entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada

A preocupação em criar mecanismos para aproximação entre profissionais da APS e AE com vistas a criar uma cultura de colaboração entre níveis ainda é incipiente nos municípios investigados, sendo mais presente em Belo Horizonte. Estratégias de teleconsulta e teleconferência foram consideradas medidas que aproximam profissionais dos dois níveis (quadro 3). Embora constituam importante instrumento para melhorar a integração entre serviços de saúde, segundo avaliação de gestores: *“se não houver o contato pessoal entre os profissionais dos diversos níveis, as relações de hierarquia não irão mudar”* (gestor de Belo Horizonte). Avaliou-se que o especialista precisa sair do consultório e conhecer diretamente as pressões e demandas da população, o que possibilitaria mudanças de atitude, de valorização e respeito aos profissionais que atuam em outros níveis do sistema. O baixo prestígio social e profissional dos trabalhadores de APS agrava a distância em relação às demais especialidades. Na perspectiva de membros de entidades representativas de Medicina de Família e Comunidade o maior problema enfrentado, no momento, seria a baixa valorização do médico generalista pelos pares.

A criação de serviços territorializados de atenção especializada como vem ocorrendo em Belo Horizonte e Florianópolis, que funcionam como referência para as USF de determinado distrito ou regional de saúde, além de aumentar o acesso mais oportuno a consultas e exames de média complexidade, oportuniza maior contato entre generalistas e especialistas e potencializa a resolutividade da APS: *“É dentro desta lógica que estamos trabalhando, ou seja, ampliar o acesso à média complexidade é também qualificar a atenção primária”* (gestor de Florianópolis).

O “matriciamento” destacou-se entre as inovações implementadas para reduzir o distanciamento e aproximar especialistas e profissionais de APS, além de trabalhar as dificuldades encontradas pelas equipes de SF em seu próprio espaço de trabalho: *“Não podemos ter dois modelos, um que seja de atenção básica e outro que não seja. A atenção especializada precisa qualificar a básica. O usuário precisa pertencer a todos os níveis”* (gestor de Vitória). O matriciamento prevê que especialistas apoiem profissionais de APS por meio de interconsulta, discussão de casos clínicos, capacitações, além de funcionar como

referência para atendimentos. Observou-se maior desenvolvimento de equipes matriciais em Saúde Mental, composta por psicólogos, assistentes sociais e psiquiatras, e em Geriatria (quadro 3).

Integração entre Atenção Primária e Especializada na Espanha

- Posição ocupada pela APS e prioridade do tema da integração entre níveis de atenção nas políticas locais de saúde

A integração entre níveis assistenciais foi considerada um desafio fundamental nas discussões e políticas de saúde nas três CA espanholas e elemento chave para melhoria da qualidade da atenção, ainda que as medidas implementadas nem sempre sejam as mais adequadas. Foi consenso entre os entrevistados que a população a ser atendida é a mesma, a depender da necessidade de saúde em dado momento e que os serviços são interdependentes.

O grande número de portadores de patologias crônicas vem gerando desafios assistenciais tanto para a APS quanto AE, sendo uma das motivações apontadas para o desenvolvimento de ações pró-coordenação como a melhor integração entre níveis assistenciais. Além disso, a preocupação com o tema foi relacionada a problemas como aumento das listas de espera, repetição de provas diagnósticas e, conseqüente aumento dos gastos para o sistema sanitário (quadro 3).

Entre os grupos mais afetados por inadequada coordenação foram mencionados portadores de patologias crônicas, idosos, gestantes e aqueles com necessidade de cuidados paliativos. De acordo com avaliação dos entrevistados grupos com menor acesso às informações sobre a organização do sistema de saúde e aos recursos econômicos também são prejudicados por inadequada coordenação, como, por exemplo, imigrantes.

Na Espanha, o profissional médico com especialidade em Medicina de Família & Comunidade tem função de filtro para a atenção especializada. A grande maioria dos espanhóis utiliza seu médico de família e também o pediatra do Centro de Saúde como serviço de procura regular. Embora a APS tenha passado por reformas nos anos de 1980, que aumentaram seu protagonismo ao interior do *Sistema Nacional de Salud*, desde 1940 a função de porta de entrada já era exercida pela APS. Mais recentemente, em alguns casos, os enfermeiros que compõem as Equipes de Atenção Primária (EAP) passaram a realizar atendimento de primeiro contato, embora a função de filtro seja exercida por médicos de família. Em Barcelona, ginecologistas e parteiras que formam as equipes de Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva,

estrutura pertencente à atenção primária, também constituem porta de entrada e se responsabilizam por ações preventivas, de acompanhamento da gestação e puerpério. Apesar do amplo acesso à APS, foi relatado que as longas listas de espera para algumas especialidades e a existência de uma certa cultura que considera a atenção hospitalar como de melhor qualidade são elementos que levam a população a buscar atendimento diretamente na rede de urgência.

Gestores de Madri destacaram a baixa capacidade de intervenção das gerências de APS na definição de estratégias para melhorar a integração entre níveis assistenciais. Ainda assim, as principais iniciativas em curso, freqüentemente, são empreendidas por este nível de atenção. Uma das razões apontadas seria que a atenção primária é quem se responsabiliza e mantém maior vínculo com os usuários: *“a atenção especializada, em geral, é para episódios... Entretanto, o paciente permanece ao longo do tempo e de sua vida, longitudinalmente, com a APS. O paciente vai ao especialista e volta... Então, muitas vezes a necessidade de coordenação parte mais da nossa necessidade do que da atenção especializada”* (gerente de Bilbao).

- Instrumentos de integração dos serviços de saúde

Desde a década de 1990 foi iniciado processo de informatização das histórias clínicas em APS, com ritmo diferenciado entre as CA. Já a rede hospitalar apresenta processo mais recente de informatização (quadro 3). Não há história clínica única, compartilhada entre APS e AE. Barcelona e Bilbao optaram pelo desenvolvimento de um “repositório comum de informações clínicas” que permite aos profissionais de ambos os níveis acessar e compartilhar dados de interesse comum como exames complementares, diagnósticos, informes de alta hospitalar, contatos com serviços de saúde, tratamentos, entre outros. Este processo é recente e não está disponível para todas as unidades de atenção primária e especializada.

A troca de informações clínicas entre níveis de atenção ainda acontece predominantemente por meio de guias de referência e contra-referência não informatizadas. Na maior parte das vezes, o documento que contém dados clínicos e justificativa para referência é conduzido pelo usuário ao especialista, que deve fazer o registro do atendimento neste documento. O processo de retorno das informações clínicas desde a AE à APS foi avaliado como irregular pela maioria dos gestores e gerentes, apresentando problemas em relação à qualidade dos registros.

- Organização dos fluxos para atenção especializada e para urgência/emergência

O percurso mais comum do usuário para acesso à atenção especializada ocorre por referência realizada por médicos de família ou pediatras que atuam nos Centros de Saúde (quadro 3). Quando estes profissionais avaliam a necessidade de encaminhamento preenchem uma guia, na qual dados pessoais, medicações e outras informações podem ser extraídos da história clínica informatizada e acrescidos da justificativa para a referência. A solicitação é conduzida pelo usuário ao funcionário administrativo que acessa a agenda de consultas e exames disponíveis, segundo o hospital de área. Assim, o agendamento da consulta com especialista é realizado pelo Centro de Saúde e a data e horário, em geral, são informados neste momento.

Mais recentemente foi relatada criação de circuitos especiais de referência para casos que, segundo a avaliação do médico de família, não poderiam entrar em filas de espera e não têm perfil para atendimento em serviços de urgência. Em Madri estes circuitos estão estabelecidos para casos de “suspeita de malignidade” para os quais o usuário deve ser comunicado da disponibilidade de consulta especializada em até 48 horas e atendido em até 15 dias; e para “consultas preferenciais”, que não são casos de suspeita de câncer, mas representam situações intermediárias entre a urgência e o circuito normal de referência que devem ser avaliadas em até um mês. Nas demais CA os circuitos preferenciais também privilegiaram casos de suspeita de câncer. Contudo, foi mencionado que estes circuitos enfrentam problemas para sua operacionalização como realização de referências inadequadas: *“se gerou mais demora diagnóstica apesar da criação de circuitos especiais de referência para pacientes com suspeita de câncer. O que ocorre é que se encaminha todo mundo, os que podem ou não ter câncer, se produzindo um gargalo ainda maior”* (gestor de Madri).

Para os episódios que acontecem fora do horário de atendimento dos Centros de Saúde estão disponíveis Pontos de Atenção Continuada (PAC). Estes serviços fazem parte da APS e estão voltados ao atendimento de casos sem perfil para urgências hospitalares. Em Barcelona, desde os anos 2000, foi iniciado processo de reforma destas estruturas para torná-las mais resolutivas e integradas aos serviços de atenção primária. Gradativamente, os PAC estão sendo substituídos por Centros de Urgência em Atenção Primária que podem funcionar no mesmo espaço físico de Centros de Saúde ou em estruturas próximas às urgências hospitalares e, preferencialmente, com médicos e enfermeiros que fazem parte das Equipes de Atenção Primária, além de traumatologistas. Para melhorar a integração entre serviços, há um projeto que prevê que médicos dos hospitais tenham parte de sua jornada de trabalho nestas unidades.

Guias de prática clínica para agravos específicos também tem representado estratégia utilizada para organização de fluxos entre atenção primária e especializada. Em Bilbao e Barcelona foi relatada elaboração conjunta destes instrumentos, uma vez que implica na definição de atividades coordenadas entre os dois níveis (quadro 3).

O número de encaminhamentos para serviços especializados e as listas de espera estão disponíveis para as gerências de atenção primária, embora não tenha sido relatada prática sistemática de avaliação destes dados. Conforme gestores e gerentes de Madri não é possível saber o número de pacientes que efetivamente realizaram a consulta ou exame especializados, informação disponível apenas nos hospitais e enviadas às direções de APS de forma esporádica. Alguns gerentes de APS avaliaram que o monitoramento dos tempos de espera deveria ser uma atribuição dos hospitais, uma vez que não teriam governabilidade sobre as agendas da atenção especializada. Foi considerado que mais que um problema de oferta insuficiente, as longas filas de espera para algumas especialidades e provas diagnósticas decorreriam da falta de objetivos comuns entre atenção primária e especializada *“Ter objetivos comuns nos ajudaria. (...) Há recursos que não são econômicos. Por isto, temos que encontrar a fórmula de nos coordenarmos muito mais facilmente”* (gerente de Madri).

- Cultura de colaboração entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada

De forma geral, avaliou-se como insuficiente o conhecimento dos profissionais que atuam na atenção especializada sobre o processo de trabalho na APS, situação que vem se modificando positivamente ao longo do tempo (quadro 3). Foi consenso que um maior conhecimento mútuo poderia gerar mudanças positivas na relação entre profissionais dos dois níveis: *“(...) quando os especialistas vêm aos Centros de Saúde e passam a conhecer como trabalhamos, se estabelecem relações de confiança e vontade de trabalhar mais em conjunto. Quando ficam somente no hospital, se esquecem de como funciona o todo”* (gerente de Madri). Neste sentido, as iniciativas para favorecer maior conhecimento pessoal e intercâmbio de experiências entre profissionais de APS e AE foram consideradas as estratégias mais exitosas para fortalecer a integração entre níveis: *“Conhecer-se fisicamente também é importante. (...) existe a tecnologia... mas o contato pessoal é importante, estar diante do especialista, falar com ele...”* (gerente de Bilbao).

A distância entre os profissionais também foi atribuída ao fato de que o médico de família não recebe o mesmo reconhecimento e prestígio que os demais especialistas, uma das condições para que possa exercer o papel de coordenação ao interior do sistema de saúde: *“as estratégias*

utilizadas são as mesmas utilizadas por todos: protocolizar patologias, definir critérios de referência, utilizar ferramentas conjuntas... Tudo isto não tem utilidade se não parte de uma base: que o profissional de APS tenha o mesmo nível, responsabilidade e valorização que os demais médicos do sistema de saúde. Todos têm que situar-se no mesmo nível, com papéis distintos...” (médico de família de Bilbao).

Entre as medidas implementadas para aproximar profissionais de ambos os níveis destaca-se a experiência de “especialistas consultores” em áreas como cardiologia, dermatologia, gastroenterologia, oftalmologia, traumatologia, entre outras (quadro 3). Estes profissionais, vinculados a hospitais de referência, se deslocam aos Centros de Saúde para realização de interconsulta, sessões clínicas, capacitações e elaboração conjunta de protocolos. Segundo gestores de Barcelona há mais de dez anos e de forma mais intensa nos últimos cinco anos, o Serviço Catalão de Saúde vem introduzindo medidas que favorecem maior interrelação entre hospitais e APS: *“Uma das vantagens de ter especialistas nos Centros de Saúde é a aproximação, o reconhecimento mútuo. O que também se observa é que o especialista se adapta à atenção primária. Muitas vezes, o especialista atende somente no hospital e maneja só um tipo de paciente. Quando estão nos Centros de Saúde há uma adaptação a uma forma distinta de trabalhar”* (gerente de Barcelona).

Em Bilbao a criação de um *blog* para troca de informações, artigos, opiniões, realização de sessões clínicas e, sobretudo, como instrumento de comunicação, foi mencionada como uma iniciativa para aproximar profissionais e para melhorar a integração entre níveis: *“o objetivo é compartilhar uma cultura de que vale à pena trabalhar de forma conjunta, compartilhar conhecimento”* (gestor de Bilbao).

Quadro 3 – Características e estratégias de integração entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada segundo gestores e gerentes – Brasil e Espanha, 2009

Dimensões	Brasil	Espanha
Posição ocupada pela APS e prioridade do tema da integração entre níveis de atenção nas políticas locais de saúde		
Presença do tema no debate da política de saúde	Sim	Sim
Grau de importância atribuído	Alto	Alto
Capacidade de intervenção dos gestores de APS na implementação de medidas pró-coordenação	Alta – nas Coordenações de AB/ESF centralizada na Secretaria Municipal de Saúde	Baixa – nas Coordenações locais de APS
Grupos mais afetados por inadequada coordenação	Crianças, idosos, crônicos e pacientes com patologias graves com dificuldades para acessar os serviços de saúde	Crônicos, idosos, gestantes, pacientes com necessidade de cuidados paliativos, imigrantes
Porta de entrada do sistema de saúde	Unidades de Saúde da Família	Centros de Saúde
Papel de filtro para atenção especializada	Médicos da Equipe de Saúde da Família	Médicos de Família e Pediatras das Equipes de Atenção Primária
Instrumentos de integração dos serviços de saúde		
História clínica informatizada em APS	Incipiente	Sim (em todos os Centros de Saúde)
História clínica única	Incipiente (entre atenção primária e especializada)	Não (existência de repositório comum de informações clínicas)
Retorno das informações clínicas por meio de instrumento de contra-referência	Irregular, com graus distintos de qualidade	Irregular, com graus distintos de qualidade
Organização dos fluxos para atenção especializada e para urgência/emergência		
Percurso mais comum do paciente para acesso à atenção especializada	Encaminhamento do médico da equipe de saúde da família	Encaminhamento do médico de família/pediatra/ginecologista
Circuitos preferenciais para referência	Priorização de risco indicada pelo médico de família e avaliada por equipe de reguladores da SMS	Sim - para suspeita de malignidade e consultas preferenciais a critério da avaliação do médico de família
Estruturas de APS para atendimento à urgência	Não – Unidades de Pronto Atendimento pertencentes à AE	Sim – Pontos de Atenção Continuada e Centros de Urgência em APS
Articulação entre APS e serviços de pronto-atendimento	Insuficiente	Insuficiente
Guias de prática clínica	Sim - por patologias e ciclos de vida e protocolos para definição de fluxos e regulação para atenção especializada	Sim – por patologias (artrite, hipertrofia benigna de próstata, insuficiência cardíaca, etc)
Monitoramento das referências realizadas pelos profissionais de APS para AE	Não	Não
Cultura de colaboração entre APS e AE		
Conhecimento do processo de trabalho desenvolvido em APS pelos profissionais de AE	Baixo	Insuficiente, embora com mudanças recentes
Reconhecimento profissional e social dos profissionais de APS	Pouco reconhecimento por parte dos demais especialistas; iniciativas municipais de valorização dos profissionais de APS	Insuficiente reconhecimento por parte dos demais especialistas, maior por parte dos usuários; situação atual mais favorável
Iniciativas que favoreçam conhecimento pessoal e intercâmbio de experiências entre APS e AE	Tele-consulta e tele-conferência; territorialização dos serviços de AE; “matriciamento” com interconsulta, sessões clínicas e capacitações	Especialistas “consultores” com sessões clínicas e interconsulta; deslocamento dos especialistas ao Centro de Saúde para atendimento clínico; criação de <i>blog</i> para profissionais de APS, AE e gestores
Principais dificuldades para implantação de estratégias pró-coordenação		
Principais dificuldades para implantação de estratégias pró-coordenação	Insuficiente integração entre prestadores municipais e estaduais; baixa qualidade dos processos de regulação (justificativas clínicas); insuficiente oferta de atenção especializada; ausência de políticas para a média complexidade por parte do Ministério da Saúde; pouco conhecimento dos processos de trabalho em APS; rotatividade de profissionais	Grande independência e ausência de objetivos comuns entre níveis assistenciais; insuficiente articulação entre gestores de APS e AE; aumento do trabalho burocrático executado pelos médicos; falta de incentivos para desempenho de ações de coordenação; baixa institucionalidade e falta de continuidade das estratégias implementadas; pouco conhecimento dos processos de trabalho em APS

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo sinalizam que a preocupação com a integração entre APS e AE está presente no debate das políticas de saúde nos dois países, motivado pelo crescente número de portadores de patologias crônicas, busca de garantia de integralidade, aumento das listas de espera e visando ganhos de eficiência do sistema sanitário. No Brasil, a recente organização dos fluxos entre APS e AE por meio de centrais informatizadas de marcação e regulação são iniciativas das Secretarias Municipais de Saúde, em parte, decorrentes da ampliação de cobertura pela ESF, que pressionou a organização do sistema de saúde. O conjunto de experiências identificadas, todavia, não pode ser generalizado para o restante dos municípios brasileiros, que apresentam coberturas pela ESF bastante diferenciadas assim como processos de organização da rede em etapas distintas de desenvolvimento. Na Espanha, a experiência da rede territorializada é mais antiga. Contudo, o modelo de organização do sistema sanitário espanhol, caracterizado por grande independência entre níveis foi um elemento apontado como dificultador para a integração da rede (Gérvás, Rico, 2005). Embora maior necessidade de coordenação seja demandada por gestores da APS, destacou-se sua baixa governabilidade na implementação de estratégias. Ainda assim, a universalização e constituição de porta de entrada pela APS, papel de filtro do generalista, história clínica informatizada nos Centros de Saúde e definição de fluxos formais para a AE são processos consolidados neste país, ainda que desafios permaneçam na busca pela integração entre níveis.

Nos dois países considerou-se insuficiente o conhecimento dos profissionais que atuam em serviços especializados sobre o processo de trabalho em APS. Foi consenso entre os gestores espanhóis que, além do uso das TIC, são necessárias ações que promovam maior contato interpessoal. Estes resultados corroboram os achados de Martinez, Navarrete e Lorenzo (2009) em estudo com gestores e profissionais de organizações sanitárias espanholas. Neste país, destacou-se a experiência de “especialistas consultores”. No Brasil, o “matriciamento” representa estratégia semelhante. A territorialização dos serviços de atenção especializada também possibilita maior contato entre profissionais que atuam na mesma região de saúde. Estas intervenções parecem oportunas na medida em que discussões com assessores externos têm se mostrado inefetivas para promover mudanças nos processos de referência (Grimshaw et al., 2005).

Nas experiências investigadas, considerou-se que o médico de família não recebe o mesmo reconhecimento profissional e social que os demais especialistas, o que interfere na criação de uma cultura de colaboração entre ambos. Situação mais problemática é enfrentada no Brasil

onde a especialidade de Medicina de Família & Comunidade é de reconhecimento recente e o número de especialistas em atuação nas equipes de Saúde da Família extremamente pequeno.

Nas CA estudadas foram criados circuitos especiais de referência e outras iniciativas para definição de tempos máximos de espera. Embora tenham sido avaliadas positivamente, referências inadequadas ou tentativas de diminuir tempos de espera por meio de fluxos especiais podem gerar problemas adicionais de desigualdade de acesso e retardar o atendimento em casos necessários (Gérvias et al., 2008). Nos municípios brasileiros, o sistema de marcação de procedimentos especializados permite inclusão de casos prioritários, cuja pertinência é avaliada por equipes de reguladores da SMS, ainda que co-existam problemas de oferta insuficiente de atenção especializada (Almeida et al., 2010). A iniciativa de criar comissões locais em Centros de Saúde e protocolos de regulação objetiva, além de qualificar as referências, promover maior discussão dos casos e a busca de uma segunda opinião. Estudos demonstram que alternativas intermediárias, como uma segunda opinião, no próprio âmbito da APS, apresentam resultados positivos na modificação das taxas de referência (Grimshaw et al., 2005).

A definição de protocolos clínicos para agravos específicos foi estratégia adotada pelos dois países. As evidências disponíveis apontam que a adoção passiva de diretrizes clínicas provavelmente não melhora o processo de referência aos demais níveis, salvo quando envolve os diversos prestadores no processo de elaboração e implantação (Grimshaw et al., 2005). Estudo realizado por Martinez, Navarrete e Lorenzo (2009) corrobora esta assertiva destacando que guias e protocolos clínicos são instrumentos que podem facilitar acordos sobre atuação dos profissionais somente se consensuados entre os níveis e não impostos.

Na Espanha, desde os anos de 1990 iniciou-se processo de informatização da história clínica em APS, embora até o momento, não tenham sido observados avanços no desenvolvimento de uma história única. Ainda assim, a criação de um “repositório comum de informações clínicas” acessado pela APS e AE aparece como alternativa. No Brasil, a história clínica informatizada ainda é bastante incipiente. Nos dois casos, a maior parte da contra-referência ainda é realizada por meio de guias de preenchimento manual com graus distintos de qualidade e regularidade, problema histórico e persistente que reflete a insuficiente comunicação entre níveis (Reig et al., 2004).

Em síntese, experiências desenvolvidas por Brasil e Espanha parecem apresentar potencialidades para melhorar a integração entre níveis assistenciais. Entre as iniciativas comuns, com graus distintos de desenvolvimento, presente nos dois países observa-se: papel de

filtro exercido pelo médico de família no sistema de saúde espanhol e, no Brasil, nas áreas cobertas pela ESF; territorialização dos serviços de saúde; estratégias para aproximar profissionais e qualificar as ações de atenção primária como os “especialistas consultores” e o “matriciamento”; e adoção de protocolos clínicos consensuados entre ambos os níveis. Nos municípios brasileiros ressalta-se a recente implantação de sistemas descentralizados de regulação que permitem acompanhar o percurso dos usuários e as filas de espera. Na Espanha destaca-se a já consolidada informatização da história clínica em APS. Maior utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação para a produção da história clínica única é um desafio colocado aos dois países. Em ambos os países é reconhecida a necessidade de políticas e investimentos para valorização dos trabalhadores e do cuidado prestado no campo da APS com fins de promover uma cultura de colaboração entre profissionais dos dois níveis. Foi consenso para a maior parte dos gestores espanhóis que entre as iniciativas com maior êxito para integração entre APS e AE estão aquelas que promovem maior contato pessoal e relações diretas entre profissionais com vistas à criação de valores de colaboração.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rico A, Freire JM, Gérvas J. El sistema sanitario español (1976-2006): factores de éxito en perspectiva internacional comparada. En: Estado de Bienestar y competitividad. La experiencia europea, Espina A. (coord.). Madrid: Fundación Carolina/Siglo XXI; 2007. p.401-444.
2. Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública 2002; 18(Supl.): 203-211.
3. Viana ALD, Dal Poz MR. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva 1998; 8(2):11-48.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Editora MS; 2006.
5. Solla JSP. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. Rev Baiana de Saúde Pública 2007; 30(2):332-348.
6. Freire JM. La atención primaria de la salud y los hospitales en el Sistema Nacional de Salud. En: Navarro López V (coord.). El Estado de Bienestar en España. Madrid: Tecnos, 2004; p. 239-291.
7. Carrió FB, Badía JG. La Atención Primaria española en los albores del siglo XXI. Gestión Clínica y Sanitaria 2008;10(1):3-7.
8. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud.
9. Freire JM. La cobertura poblacional del Sistema Nacional de Salud: importancia y retos de la universalización y la equidad en el aseguramiento. En: Repullo Labrador JR y Oteo Ochoa LA. Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Madrid: Ariel; 2005. p.61-99.

10. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dossier Nacional de Atención Primaria en Salud y la integración con otros niveles de atención. Madrid: EuroSocial Salud; 2006.
11. Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E. Improved Health System Performance Through Better Care Coordination. Paris: OECD; 2007.
12. Gérvas J, Rico A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primaria. SEMERGEN 2005; 31(9):418-23.
13. Gérvas J. Atención primaria: 1984-2007. La práctica clínica (acceso y proceso). En: Navarro V, Martín-Zurro A (ed) La atención primaria de salud en España y sus Comunidades. Barcelona: SEMF&C; 2009. p.91-104.
14. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria Nº- 154, de 24 de janeiro de 2008” - Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União. Nº 43, 4 de março de 2008.
15. Boerma WGW. Coordination and integration in European primary care. In: Saltman RS, Rico A, Boerma WGW (ed) Primary care in the driver’s seat? Organizational reform in European primary care. Berkshire: Open University Press; 2007. p. 3-21.
16. Núñez RT, Lorenzo IV, Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gac Sanit 2006; 20(6):485-95.
17. 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 Saúde Pública 2010; 26(2):286-298.
18. Martínez DH, Navarrete MLV, Lorenzo IV. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. Gac Sanit. 2009; 23(4):280-286.
19. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield B, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ 2003; 327:1219-1221.
20. Watson DR, 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. <http://www.chspr.ubc.ca/files/publications/2004/chspr04-19.pdf>. (acessado em 14/Jan/2010).
21. Ojeda JJ, Freire JM, Gérvas J. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: Reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional. Rev Adm Sanit 2006; 4(2): 357-82.
22. Gérvas J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. Aten Primaria 1995; 16(8):501-506.
23. Gérvas J, Mena OP, Mainar AS. Capacidad de respuesta de la atención primaria y redes de servicios. El caso del Consorci Hospitalari de Catalunya. Aten Primaria 2006; 38(9):506-10.
24. 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 Saúde Pública 2004; 20 (Supl 2):331-336.
25. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM, coordenadores. Estudos de Caso sobre a Implementação da Estratégia Saúde da Família em Grandes Centros Urbanos. Relatório Final. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2009. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=9439&tipo=B>

26. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research* 2010; 10:65.
27. Conill E. Sistemas Comparados de Saúde. In: Campo GWS, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM (org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Editora Hucitec/Editora Fiocruz; 2006. p.563-613
28. Grimshaw JM, Winkens RAG, Shirran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.: CD005471. DOI: 10.1002/14651858.CD005471.
29. Gervás J, García Olmos L, Simó J, Peiró S. Paradojas en la derivación de primaria a especializada. *Aten Primaria* 2008; 40(5):253-255.
30. Reig B, Bisbal E, Sanfélix J, Pereiró I, Esparza MJ, González RM. Evaluación de la calidad del documento de interconsulta. ¿Influye la adecuada cumplimentación del médico de familia en la respuesta que obtiene del especialista? *Aten Primaria* 2004; 34(6):300-305.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há certo consenso de que a coordenação dos cuidados é um tema pendente tanto para os países europeus, que desde os anos de 1990 vêm implementando uma série de reformas pró-coordenação^{1,2,3,4}, quanto para países latinoamericanos cujo recente movimento de valorização e defesa de sistemas organizados por uma Atenção Primária à Saúde (APS) abrangente cria um contexto favorável ao desenvolvimento de iniciativas que fortaleçam a provisão de atenção integral em saúde^{5,6,7,8}. Mudanças no perfil epidemiológico com predomínio das doenças crônicas, reconhecida fragmentação na prestação do cuidado em saúde, busca de maior satisfação do usuário e pressões para desenvolvimento de medidas que produzam relações mais custo-efetivas ao interior dos sistemas de saúde tornaram ainda mais premente a busca de estratégias que promovam melhor coordenação^{2,3,4}. Os países da América Latina também enfrentam o desafio das mudanças no perfil epidemiológico dos diversos grupos populacionais, com crescente prevalência de doenças crônicas, além de conviver com problemas decorrentes de situação social e econômica desfavorável, e conseqüente persistência de enfermidades infecto-contagiosas, com maiores desafios para a garantia da atenção integral e da coordenação.

Os ritmos das reformas pró-coordenação são diferenciados entre os países a depender do modelo de proteção social^{4,6}. Mesmo entre países europeus, com coberturas universais por meio de seguros sociais com pagamento por procedimentos a profissionais autônomos observa-se que as medidas para melhorar a coordenação dos cuidados têm sido mais lentas se comparadas a países com serviços nacionais de saúde cuja função de *gatekeeper* é exercida pela APS⁴. Em contexto latinoamericano a preocupação com o tema ocorre em meio ao já mencionado movimento pela Renovação da Atenção Primária⁵ – “agora mais necessária que nunca”⁷ – no qual a coordenação é compreendida como dimensão essencial de uma APS abrangente, capaz de dar resposta integral aos problemas de saúde^{7,8}.

O consenso em torno da importância do tema para os sistemas de saúde é seguido por outro consenso – as dificuldades teóricas para compreender e operacionalizar o conceito. A literatura reflete o dissenso até mesmo em relação a como nomeá-lo: “coordenação entre níveis assistenciais” ou “coordenação dos cuidados”? Na bibliografia consultada encontramos os dois. Também se observa o uso indiscriminado dos termos continuidade, coordenação e integração que se reflete nas diversas formas de mensurar este atributo^{9,10}. Em publicação brasileira que adaptou e validou instrumento para avaliar as dimensões essenciais da APS definidas por Starfield¹¹, coordenação é tomada como sinônimo de integração dos serviços¹². Em meio a

dissensos e incertezas esta tese tomou para si o conceito de “coordenação dos cuidados” compreendido como a articulação entre os diversos serviços e ações relacionados à atenção em saúde de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum^{2,10}.

Com base no consenso ao qual chegamos (ou tentamos!), algumas explicitações ou opções fizeram-se necessárias. Primeiro, a coordenação dos cuidados é tomada como um atributo organizacional dos serviços, dos sistemas e dos cuidados em saúde. Logo, suas medidas só poderiam dar-se neste âmbito. Ou seja, os componentes de um cuidado coordenado podem ser operacionalizados e medidos por meio de elementos intrínsecos à organização dos sistemas e serviços de saúde como: existência de instrumentos e estratégias para integração entre níveis assistenciais; definição de padrões de financiamento e alocação de recursos entre os níveis que compõem o sistema de saúde; utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação e mudanças organizacionais empreendidas no âmbito da APS^{2,3,4}. Nos cuidados se refletiria, por exemplo, na gestão do cuidado aos crônicos. Os resultados da implementação deste conjunto de elementos, que podem favorecer ou dificultar a coordenação, são traduzidos na percepção de continuidade da atenção na perspectiva do usuário, cuja unidade de medida é individual^{9,13}. Corroboram esta afirmativa diversos estudos que encontraram associação positiva entre coordenação dos cuidados e continuidade¹⁴.

Segundo, ao optar-se pelo conceito de “coordenação dos cuidados” e não “coordenação entre níveis” buscou-se diferenciá-lo da “integração entre níveis assistenciais”. Conforme já apresentado neste trabalho, embora a coordenação envolva a articulação entre serviços de diferentes níveis, compreende ações de saúde que podem ser executadas no mesmo nível de atenção⁴, exigindo para sua resolução estratégias diferenciadas daquelas que envolvem integração entre prestadores de níveis distintos, motivo pelo qual não poderiam ser tomados como sinônimo. Ainda assim, parte-se do princípio que a existência de mecanismos de integração entre níveis assistenciais é elemento essencial à coordenação dos cuidados, por isto foi considerada uma das dimensões para sua análise.

Terceiro, é consensual que a coordenação dos cuidados compõe uma das dimensões essenciais da APS^{7,11,14}. Neste estudo, considerou-se que a coordenação é condição necessária para alcance de uma resposta integral, capaz de atender ao conjunto de necessidades em saúde dos usuários, o que envolve todos os níveis do sistema. Logo, uma resposta integral, não poderia ser alcançada ao interior somente da APS, ainda que fortalecida e abrangente. Contudo, pelos atributos que caracterizam este nível de atenção, assume-se a premissa que os serviços de APS

são os mais adequados para coordenar o percurso terapêutico do usuário na maior parte dos episódios de adoecimento. Mas de qual atenção primária estamos falando ao imputar-lhe a complexa missão de coordenar uma resposta integral em saúde? Certamente não nos referimos à APS seletiva com oferta reduzida de ações e restrita à atenção de primeiro nível. Daí outra premissa deste estudo – somente uma APS fortalecida em seus atributos essenciais, capaz de mobilizar apoios, recursos políticos, econômicos, financeiros e humanos, pode ser responsável pela coordenação dos cuidados entre níveis assistenciais⁷.

Com base no exposto acima, foi eleita a segunda dimensão para análise da coordenação dos cuidados – o fortalecimento da APS – que aqui significa fortalecer seus atributos. Embora a própria coordenação seja considerada um atributo da atenção primária, estudos apontam que esta dimensão é fortemente inter-relacionada à força da APS⁴. Além do mais, há evidências da associação entre acesso, integralidade, continuidade e coordenação¹⁴. Por esta razão, autores apontam que medidas que objetivam fortalecer as estruturas de APS para responder às demandas colocadas aos sistemas de saúde, principalmente pelas enfermidades crônicas, vêm se constituindo no mais importante conjunto de medidas pró-coordenação^{1,2,15}.

Sim, chegamos ao Brasil. Desde 1994, e mais intensamente a partir de 1998, o Brasil vem passando por importante processo de reforma de sua APS. Desde final da década de 1990, a Estratégia Saúde da Família foi assumida pelo governo brasileiro como proposta de reorganização do modelo de atenção em saúde com base na implementação de uma APS abrangente fortalecida em seus atributos de porta de entrada, acessibilidade, integralidade, enfoque comunitário, intersetorialidade e participação social. No início dos anos 2000 observa-se amplo movimento de expansão da ESF, com ritmos diferenciados, por todas as regiões brasileiras por meio de incentivos do gestor federal. Mais atenção esteve voltada principalmente aos grandes centros urbanos, locais com maiores dificuldades para aumento de cobertura. Já a partir de 2004 algumas iniciativas federais começam a sinalizar a importância de expansão com qualidade. Pesquisas de avaliação e monitoramento com foco nas dimensões essenciais da APS, propostas de auto-avaliação da qualidade da ESF¹⁶, a criação dos Núcleos de Apoio ao SF¹⁷ são alguns exemplos. Desde 2005, o Ministério da Saúde realiza seminários internacionais com temas chave para a APS no país em determinado momento. Não menos emblemático foi o tema do “III Seminário Internacional de Atenção Primária”, realizado em 2007, – “Expansão com Qualidade & Valorização de Resultados”¹⁸. “Os Pactos pela Saúde em sua dimensão “Pela Vida”, resultado de ampla discussão entre diversos atores do SUS, assume a ESF como prioritária para o fortalecimento da atenção básica cujo alcance depende da

qualificação de seus trabalhadores, dos processos de monitoramento e avaliação, e da atenção de forma geral nos pequenos, médios e grandes municípios¹⁹.

É neste contexto que elegemos a coordenação dos cuidados, dimensão essencial da APS e, ao mesmo tempo, sua missão ao interior da rede de serviços de saúde, como foco desta tese de doutorado. Primeiro nos perguntamos: partindo-se da premissa de que somente uma APS fortalecida em seus atributos essenciais^{11,20} pode assumir a coordenação dos cuidados e que ações nesta direção vêm representando importante conjunto de medidas pró-coordenação, quais as iniciativas empreendidas pelos municípios brasileiros para fortalecer a ESF? E também: sendo a integração da rede um elemento necessário, embora não suficiente, para alcançar melhor coordenação dos cuidados, quais as estratégias e instrumentos desenvolvidos por grandes centros urbanos para integrar a ESF aos demais níveis do sistema? Por meio da resposta a este conjunto de questões se objetivou descrever e analisar o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de coordenação dos cuidados em municípios que apresentassem experiências exitosas de expansão e consolidação da ESF.

Os municípios analisados nesta tese de doutorado, quatro grandes centros urbanos, fizeram parte de estudos de caso realizados por Giovanella et al.²¹ para avaliar a implementação da Estratégia Saúde da Família em Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória com foco em dois eixos: coordenação/integração/continuidade e atuação intersetorial. Nos apropriamos do conjunto de dados referentes à coordenação dos cuidados, apresentados em dois artigos, para responder às questões colocadas nesta tese e para aprofundar a análise em torno deste atributo da APS. Como aproximação ao tema, na medida em que este trabalho foi realizado no âmbito da avaliação em APS, considerou-se necessário mapear e analisar as pesquisas de monitoramento e avaliação neste campo já realizadas e/ou financiadas pelo gestor federal, tema do primeiro artigo produzido. No processo de doutoramento foi realizado estudo em três Comunidades Autônomas espanholas no qual também se investigou as dificuldades e êxitos deste país na busca por melhor coordenação dos cuidados visto ser este um desafio colocado aos países europeus e foco de importantes reformas.

O primeiro artigo apresenta os resultados de mapeamento e análise das pesquisas de monitoramento e avaliação da Atenção Básica à Saúde realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde, concluídas e publicadas entre 2000 e 2006. Além de possibilitar uma visão mais ampla das tendências e mudanças que marcaram a política de avaliação e monitoramento da APS, foi possível identificar estudos e metodologias que serviram como apoio ao desenho da pesquisa realizada por Giovanella et al²¹. Os primeiros estudos, realizados

entre 2000 e 2002, foram, principalmente, análises do processo de implantação do Programa Saúde da Família com vistas a detectar fragilidades, potencialidades e custos, podendo ser caracterizados como “avaliação para decisão”, com privilégio da visão de gestores e profissionais. Nos estudos linha de base realizados no âmbito do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), iniciados no ano de 2005, a preocupação em compreender possíveis transformações decorrentes da implantação da ESF já demonstravam a preocupação e interesse com os resultados da acelerada expansão ocorrida nos anos anteriores. Nesta ocasião, entre as metodologias eleitas pelos grupos de pesquisa selecionados para execução do estudo observou-se ampla utilização das dimensões da APS definidas por Starfield¹¹ para avaliação do desempenho dos sistemas de saúde.

O segundo artigo descreve e analisa as ações empreendidas nos municípios estudados para dar protagonismo à APS por meio do fortalecimento de alguns de seus atributos tradicionais como acessibilidade e porta de entrada, e acrescentando outros como resolutividade, reconhecimento profissional e social, descentralização das ações de saúde coletiva. Informações convergentes foram trianguladas para responder às perguntas de investigação, buscando articular a perspectiva de gestores, profissionais das equipes e famílias cadastradas. O objetivo foi confrontar as ações para fortalecer a ESF pelas gestões municipais e seus possíveis resultados no acesso e utilização e resolutividade destes serviços por parte da população.

Buscou-se por meio da implantação da ESF fortalecer atributos já amplamente reconhecidos como dimensões essenciais da APS como acessibilidade e porta de entrada. Construção de novas USF e reorganização dos antigos centros de saúde sob a lógica da ESF ampliaram o acesso da população à APS. Entretanto, permanecem dificuldades de acesso para a população cadastrada. Primeiro, nos chama atenção que percentual importante de famílias cadastradas não conhecia a ESF, mesmo depois de estimuladas. Entre as que afirmaram conhecer, muitas desconheciam o local de funcionamento da USF. Para aquelas que conheciam o local de funcionamento, a grande maioria se deslocava a pé ao serviço, o que pode ser considerado uma importante diminuição de barreira geográfica ao acesso, principalmente por se tratar de grandes centros urbanos. O tradicional horário de funcionamento das unidades de saúde, incompatível com a vida laboral, não foi modificado pela implantação da ESF.

O fortalecimento da função de porta de entrada vem acontecendo por meio de ações que buscam articular o acompanhamento de crônicos e grupos prioritários como mulheres e crianças ao atendimento à demanda espontânea. Esta missão é dificultada pela crença, não incomum, de que o SF deveria realizar somente atividades de promoção e prevenção. Esta

tensão se reflete na avaliação dos profissionais quanto à organização interna para cumprir as funções de pronto atendimento e as dificuldades das famílias para conseguir uma consulta sem marcação prévia. Ao mesmo tempo, há dificuldades para equacionar o acompanhamento dos grupos prioritários. Tentativas de instituir comunicação mais oportuna com os serviços de pronto-atendimento também vêm sendo implementadas para fortalecer a função da APS como serviço de primeiro contato e busca regular.

Uma APS forte implica elenco abrangente de ações de saúde (ou *comprehensiveness*), amplo o bastante para atender às necessidades em saúde dos usuários. Este atributo foi analisado com base em ações para fortalecer a capacidade resolutiva das equipes de SF, uma vez que a baixa resolutividade da APS é apontada como uma das barreiras à consolidação destes serviços como de primeiro contato e fonte regular de atenção⁸. As iniciativas identificadas foram aumentar as provas diagnósticas solicitadas diretamente pelo médico de família, coleta de material para patologia clínica na USF, realização de procedimentos antes feitos na atenção hospitalar ou de urgência, capacitação continuada com foco no processo de trabalho, supervisão, manutenção de profissionais de apoio e formação de equipes matriciais. Embora com graus distintos de desenvolvimento entre os municípios, profissionais das equipes de SF avaliaram positivamente a capacidade de resolução da ESF e a diminuição da busca por serviços especializados. As avaliações das famílias foram menos favoráveis, também com diferenças entre os municípios.

Estudos sobre coordenação dos cuidados identificam a importância da integração da atenção à saúde com ações e programas de Saúde Pública/Coletiva¹⁴. Por esta razão foi incorporada na análise das estratégias para fortalecer a APS. A articulação entre estes serviços foi apontada por gestores e fortemente corroborada pelos profissionais.

Também incorporamos o reconhecimento profissional e social em APS como uma dimensão capaz de indicar sua fortaleza. Iniciativas para sensibilização e divulgação da ESF são necessárias tanto entre a população, vide que parte importante das famílias cadastradas afirmou não conhecê-la, quanto melhor comunicação sobre as diretrizes, objetivos e características deste modelo de atenção junto aos profissionais pertencente à rede como um todo e organizações da sociedade civil. Neste sentido, a conquista de apoio e legitimidade para a ESF ainda é um tema pendente.

O terceiro artigo apresenta os resultados referentes à dimensão “Integração entre níveis”, por meio da descrição e análise dos instrumentos e estratégias de integração da ESF à atenção especializada nas quatro cidades. Três fontes de informação foram trianguladas para responder às perguntas de investigação, quais sejam gestores e gerentes, profissionais e famílias

cadastradas. A descrição dos instrumentos para integração da rede foi construída, sobretudo, com base em informação prestada por gestores e gerentes da SMS e confrontadas, para sua análise, à avaliação de profissionais e usuários.

Como condição para integração da rede, os quatro municípios fortaleceram sua capacidade regulatória. Belo Horizonte, até mesmo pelo legado institucional, encontrava-se em processo mais avançado, com a descentralização das discussões sobre regulação assistencial para distritos e USF. O SISREG foi positivamente avaliado pelo conjunto dos municípios, mesmo por Aracaju, que, à época, utilizava outro dispositivo. A expansão da ESF foi associada à necessidade de organização da rede em Florianópolis e Vitória, inclusive à ampliação da rede especializada, cumprindo, neste sentido, seu papel de indutor de mudanças no modelo assistencial.

Nos quatro municípios o percurso mais comum do usuário para acesso à atenção especializada era realizado com base em encaminhamentos das USF, por meio de fluxos formais e monopólio do papel de filtro pela APS, sendo este um elemento essencial para exercício da coordenação dos cuidados. Não menos importante é a possibilidade oportunizada pelo SISREG de regular o acesso e a marcação de consultas e exames, monitorar as filas de espera e acompanhar o percurso do usuário. Análise da demanda por exames e consultas especializadas realizadas pela equipe SF, observando se há adequação com a necessidade estimada, não é prática instituída, embora seja possível. Ainda que as filas continuem existindo, agora podem ser dimensionadas e os centros de saúde se responsabilizam pela garantia de acesso à atenção especializada. Se em alguns municípios estão presentes mecanismos para determinar prioridades clínicas, pode-se inferir que permanecem na fila por mais tempo usuários que realmente poderiam esperar. Contudo, os dados investigados não permitem este tipo de afirmativa. Embora mecanismos formais estivessem presentes nos quatro municípios, em Aracaju e Florianópolis, menos da metade dos usuários que haviam necessitado de atendimento especializado recentemente relataram que a consulta fora agendada pela USF.

Se uma das características que define a coordenação dos cuidados é a articulação entre serviços e ações de forma a prestar atenção em saúde mais sincronizada e voltada ao alcance de um objetivo comum, sem dúvida o alcance desse objetivo é maximizado pela implantação de mecanismos e estratégias de integração da rede. Mas qual o alcance desses mecanismos frente à insuficiência na oferta de atenção especializada? Foi consenso que o fortalecimento da capacidade regulatória oportuniza utilização mais racional dos recursos, assim como, também

foi consenso que a efetividade dos mecanismos de integração é limitada pela oferta de atenção especializada, problema agravado pela fraca ou ausente articulação com prestadores estaduais.

Embora este estudo não tenha sido focado na identificação de mecanismos de integração da APS com a atenção hospitalar, a ausência de fluxos formais em três dos casos estudados sinaliza que maiores dificuldades para a coordenação estão presentes neste campo, além de representar obstáculos à oferta de atenção integral e tornar incompleto o processo de integração da rede. Mesmo em Belo Horizonte, onde foi relatada existência de central de regulação de leitos e internação, percentual importante dos profissionais não soube estimar qual seria o tempo médio de espera para internação eletiva. Como a contra-referência é quase ausente nos quatro casos e não é a APS que se responsabiliza pelo encaminhamento para internação, com exceção dos serviços de maternidade, podemos dizer que a possibilidade de coordenação dos cuidados pelas equipes de SF é parcial e incompleta.

Por fim, em relação à análise dos mecanismos de integração, a quase ausência de contra-referência, problema que parece ser de complexa resolução, encontrado também no estudo realizado na Espanha, minimiza as possibilidades de coordenação do cuidado pelas equipes de APS não somente no que se refere à atenção hospitalar. Starfield² define que a essência da coordenação é a disponibilidade de informações a respeito dos problemas de saúde enfrentados pelo usuário, os serviços acessados anteriormente e o reconhecimento destas informações na medida em que estiverem relacionadas ao novo atendimento. Para que esta função possa ser exercida pela APS, a autora reafirma que este profissional deve estar ciente dos problemas que acometem seus usuários, ao menos os de saúde². Neste sentido, não menos importante são as iniciativas que reforcem a necessidade do intercâmbio de informações. Os prontuários eletrônicos, desde que implantados e comunicantes nos vários pontos de atenção, parecem boas alternativas. Contudo, mais importante parece ser a sensibilização dos profissionais dos demais níveis de assistência para a utilização destes mecanismos, informatizados ou não, já que os profissionais das equipes de SF demonstraram-se atentos à necessidade dos registros. O reconhecimento da APS como coordenadora dos cuidados não pode ser um consenso apenas entre seus gestores e trabalhadores.

O quarto artigo apresenta os resultados do estudo realizado em três Comunidades Autônomas espanholas e alguns paralelos em relação à experiência brasileira no que se refere ao desenvolvimento de estratégias e instrumentos de integração entre APS e Atenção Especializada. É interessante observar que mesmo em um país com processo de reforma iniciado ainda na década de 1980, exercício da função de porta de entrada desde os anos de

1940, universalização do acesso à APS, ampla cesta de serviços, baixa rotatividade de profissionais e exigência de residência em Medicina de Família e Comunidade para todos os médicos que atuam nos Centros de Saúde, permanecem importantes desafios à integração entre níveis assistenciais. Os resultados deste estudo não permitem comparar a magnitude do problema nos dois países. Contudo, entre as lições aprendidas destaca-se a forte preocupação dos gestores espanhóis com a criação de uma cultura de colaboração entre profissionais de APS e AE. Enquanto no Brasil são observadas iniciativas esparsas, sobretudo, para instituir mecanismos formais para definição de fluxos, regulação da oferta e para fortalecer a função de porta de entrada pelas equipes de SF, o que sem dúvida representa avanços na organização do SUS, na Espanha é enfatizada a necessidade de mecanismos de adaptação mútua que modifiquem a forma de relação entre especialistas e generalistas por meio de mecanismos mais *softs* ou mais informais de comunicação que favoreçam a responsabilização e o conhecimento dos processos de trabalho em APS pelo conjunto dos profissionais que compõem a rede de serviços de saúde^{10,22,23}. Neste âmbito estariam também ações voltadas ao aumento do prestígio social dos profissionais da APS e o reconhecimento pelos pares. Assim, concomitante à formalização e padronização de fluxos, importa também a consideração de elementos de adaptação mútua e reconhecimento profissional e social como importantes medidas para a melhoria da coordenação dos cuidados exercida por nossas equipes de Saúde da Família.

Podemos afirmar que a preocupação em instituir mecanismos de integração e fortalecer a APS ao interior do sistema de saúde está presente nos quatro municípios. Conforme os resultados analisados, em cada um dos casos, são distintos os graus de implementação dos instrumentos para integração da rede e das iniciativas para fortalecer a APS, embora os caminhos trilhados sejam semelhantes. A triangulação de métodos e informações de fontes diversas permitiu responder às perguntas do estudo por meio da identificação de ações e estratégias aqui tomadas como capazes de potencializar a coordenação dos cuidados pela APS. O retrato oferecido pela pesquisa mostra que Belo Horizonte e Vitória apresentaram sistematicamente melhores resultados na avaliação de profissionais e usuários tanto no que se referiu ao primeiro conjunto de medidas pró-coordenação, qual seja, “fortalecimento da APS”, com melhores resultados no acesso e utilização segundo população cadastrada, quanto em relação à “integração entre níveis assistenciais” também com resultados mais favoráveis em relação ao percentual de usuários que acessaram o especialista por meio de encaminhamento da USF e em relação a menores tempos de espera. Ressalta-se que esta análise deve ponderar o fato de que Belo Horizonte enfrenta o desafio de ser uma grande metrópole e que apresenta maior cobertura pela ESF se comparada a Vitória.

Também não poderíamos deixar de mencionar alguns limites e dificuldades deste estudo, que em alguns casos, mesclam-se às suas fortalezas. Ser parte de uma investigação maior imprimiu dificuldades em destacar o objeto e objetivos da tese do contexto mais amplo da investigação. A pesquisa realizada por Giovanella et al.²¹ respondeu a uma demanda do gestor federal e, a nossa, a um trabalho acadêmico com foco, objetivos e seleções de variáveis distintos. Ao mesmo tempo, dificilmente para a realização de uma tese de doutorado estariam disponíveis recursos humanos e financeiros necessários à produção de um conjunto tão amplo de dados advindo de fontes tão diversas. Outra dificuldade foi analisar atributos tão estreitamente relacionados. Alguns dos indicadores selecionados poderiam perfeitamente compor um ou outro atributo eleito para avaliar o eixo “fortalecimento da APS”. Neste sentido, somam-se as dificuldades conceituais já referidas acerca do conceito de coordenação. A confrontação da perspectiva de diversos atores constitui desafio aos processos de investigação, ao mesmo tempo em que podem fortalecer a validade e coerência de seus achados. Entre os limites, destaca-se a ausência de avaliação da integração das ESF com a rede hospitalar, embora achados indiquem integração incompleta, conforme já mencionado. Aspectos essenciais para o fortalecimento da APS como os referentes à destinação de recursos financeiros a este nível de atenção se comparado aos demais não foram abordados, embora haja forte consenso de que a distribuição do financiamento seja potente indicador de prioridade conferida a determinado modelo de atenção.

Neste estudo não tivemos como objetivo medir ou avaliar a coordenação dos cuidados em si, mas descrever e analisar elementos que contribuam para consecução de maior articulação entre serviços e ações relacionados à atenção em saúde de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum. Assim, buscou-se construir uma certa matriz que possibilite análise de componentes que influenciam na coordenação a ser exercida pela APS, ainda que outros elementos importantes para seu alcance possam ser incorporados.

Por fim, podemos afirmar que a APS se fortaleceu e está mais integrada à rede nos casos estudados, embora ainda não seja a coordenadora de todo o ciclo de cuidados. A insuficiente comunicação e articulação entre prestadores e entre profissionais, dificuldades de oferta para atenção especializada, indefinição de fluxos para atenção hospitalar, ausência de cultura de colaboração, baixo prestígio profissional e social de seus trabalhadores e ainda desafios que persistem para a consolidação da porta de entrada pelas USF foram algumas dificuldades levantadas com possíveis efeitos sobre a sincronização da atenção. Estabelecer objetivos comuns, de forma que o cuidado em saúde tenha o usuário como centro e seja organizado de

acordo com suas expectativas pessoais e necessidades em saúde, componentes do conceito de coordenação, apontam alguns caminhos.

Concluimos dizendo que por meio desta investigação também se buscou colaborar para o maior conhecimento teórico e prático no campo da coordenação dos cuidados, visto ser uma dimensão dos sistemas de saúde ainda pouco desenvolvida nos países da América Latina e aqui compreendida como essencial à oferta de atenção integral em saúde. Objetivou-se também identificar e divulgar práticas exitosas que, consideradas as especificidades locais, possam constituir experiências capazes de contribuir para a construção de um sistema de saúde mais equânime, de melhor qualidade e voltado às necessidades de saúde da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rico A, Saltman R, WGW Boerma. Organizational Restructuring in European Health Systems: The Role of Primary Care. *Social Policy & Administration* 2003; 37(6):592-608.
2. Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E. Improved Health System Performance Through Better Care Coordination. Paris: OECD; 2007.
3. Calnan M, Hutten J, Tiljak H. The challenge of coordination: the role of primary care professional in promoting integration across the interface. In: Saltman RS, Rico A, Boerma WGW (ed) Primary care in the driver's seat? Organizational Reform in European primary care. Berkshire: Open University Press; 2007. p.85-104.
4. Gervas J, Rico A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primaria. *SEMERGEN* 2005; 31(9):418-23.
5. Organização Panamericana de Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Washington, DC: World Health Organization; 2005.
6. Conill E, Fausto M. Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Rio de Janeiro: EuroSocial Salud; 2007.
7. World Health Organization. Primary Health Care. Now more than ever. The World Health Report 2008. Geneva: WHO; 2008.
8. 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.
9. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield B, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003; (327):1219-1221.
10. 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.
11. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.
12. 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, 10. Brasília, DF: Organização Panamericana de Saúde/Ministério da Saúde; 2006.

13. Watson DR, 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. <http://www.chspr.ubc.ca/files/publications/2004/chspr04-19.pdf>. (acessado em 14/Jan/2010).

14. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC Health Services Research 2010; 10:65.

15. Rico A, Saltman R. Un mayor protagonismo para la atención primaria? Reformas organizativas de la atención primaria de salud en Europa. Rev de Admin Sanit 2002; 6(21):39-67.

16. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Equipe de Saúde da Família – (Serie B. Textos Básicos de Saúde). Brasília, DF: Editora Ministério da Saúde; 2005.

17. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008” - Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União. Nº 43, 4 de março de 2008.

18. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. III Seminário de Atenção Primária/Saúde da Família: Expansão com Qualidade & Valorização dos Resultados. Relatório de Atividades – (Série D. Reuniões e Conferências). Brasília, DF: Editora Ministério da Saúde; 2008.

19. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, DF: Editora Ministério da Saúde; 2006.

20. Starfield B, Shi L, Macinko J: Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q 2005; 83:457-502.

21. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM, coordenadores. Estudos de Caso sobre a Implementação da Estratégia Saúde da Família em Grandes Centros Urbanos. Relatório Final. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2009. <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=9439&tipo=B>

22. Fernández LE, Luque MFJ. Revisión sistemática sobre coordinación terapéutica entre atención primaria y atención especializada. Aten Primaria 2007; 39(1):15-21.

23. Vergelés-Blanca JM. Relación entre atención primaria y especializada: el reto permanente. Cuadernos de Gestión 2002; 8:159-66.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aday LA, Andersen RA. Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Serv Res* 1974; 9:208-20.
- 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*, 10. Brasília, DF: Organização Panamericana de Saúde/Ministério da Saúde; 2006.
- 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 Saúde Pública* 2008; 24(8):1727-1742.
- 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 Saúde Pública* 2010; 26(2):286-298.
- Becker H. Observação Social e Estudos de Casos Sociais. Métodos de pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: Editora Hucitec;1994. p.177-133.
- Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, Komaromy M, Vranizan K, Lurie N et al. Preventable Hospitalizations and Access to Health Care. *JAMA* 1995; 274:305-11.
- Boerma WGW. Coordination and Integration in European primary care. In: Saltman RS, Rico A, Boerma WGW (ed) *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Berkshire: Open University Press; 2007. p.3-21.
- Calnan M, Hutten J, Tiljak H. The challenge of coordination: the role of primary care professional in promoting integration across the interface. In: Saltman RS, Rico A, Boerma WGW (ed) *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Berkshire: Open University Press; 2007. p.85-104.
- Carrió FB, Badía JG. La Atención Primaria española en los albores del siglo XXI. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2008;10(1):3-7.
- Ciência & Saúde Coletiva. Avaliação como Estratégia de Mudança na Atenção Básica. Abrasco, 2006; 11(3).
- Conill E. Sistemas Comparados de Saúde. In: Campo GWS, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM (org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Editora Hucitec/Editora Fiocruz; 2006. p.563-613.
- Conill E, Fausto M. Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Rio de Janeiro: EuroSocial Salud; 2007.
- Contrandiopoulos AP, Champagne F, Denis JL Pineault. Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: Hartz ZMA (org.). *Avaliação em Saúde. Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997.p.29-47.
- Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(1):165-7.
- Donabedian A. Capacity to produce service in relation to need and demand. In Donabedian A, ed. *Aspects of medical care administration*. Cambridge, Boston: Harvard University Press, 1973. p 418-34.

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 extrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(3):633-641.

Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde. Custo e avaliação de impacto da implantação da parte fixa do Piso de Atenção Básica – PAB. <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caa/estudos.php> (acessado em 12/Jan/2007).

Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos: síntese dos principais resultados. 2ª ed. Brasília, DF: Editora Ministério da Saúde; 2005.

Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(3):669-681.

Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(3):553-63.

Fernández LE, Luque MFJ. Revisión sistemática sobre coordinación terapéutica entre atención primaria y atención especializada. *Aten Primaria* 2007; 39(1):15-21.

Freire JM. La atención primaria de la salud y los hospitales en el Sistema Nacional de Salud. En: Navarro López V, coord. *El Estado de Bienestar en España*. Madrid: Tecnos, 2004; p.239-291.

Freire JM. La cobertura poblacional del Sistema Nacional de Salud: importancia y retos de la universalización y la equidad en el aseguramiento. En: Repullo Labrador JR y Oteo Ochoa LA. *Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible*. Ariel: 2005. p.61-99.

Fundação Getúlio Vargas, EPOS Health Consultants. Determinação e Avaliação do Custo do Programa de Saúde da Família – PSF. <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caa/estudos.php> (acessado em 12/Jan/2007).

Gérvas J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. *Aten Primaria* 1995; 16(8):501-06.

Gérvas J, Rico A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primaria. *SEMERGEN* 2005; 31(9):418-23.

Gérvas J, Rico A. Innovación en la Unión Europea (UE – 15) sobre la coordinación entre atención primaria y especializada. *Med Clin (Barc)* 2006; 126:658-61.

Gérvas J, Mena OP, Mainar AS. Capacidad de respuesta de la atención primaria y redes de servicios. El caso del Consorci Hospitalari de Catalunya. *Aten Primaria* 2006; 38(9):506-10.

Gervás J, García Olmos L, Simó J, Peiró S. Paradojas en la derivación de primaria a especializada. *Aten Primaria* 2008; 40(5):253-255.

Gérvas J. Atención primaria: 1984-2007. La práctica clínica (acceso y proceso). En: Navarro V, Martín-Zurro A (ed) *La atención primaria de salud en España y sus Comunidades*. Barcelona: Semfyc; 2009. p. 91-104.

Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. *Saúde em Debate* 2003; 27(65):278-289.

Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(5):951-963.

Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM, coordenadores. Estudos de Caso sobre a Implementação da Estratégia Saúde da Família em Grandes Centros Urbanos. Relatório Final.

Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2009.
<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=9439&tipo=B>

Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCA et al. Family Health: limits and possibilities for an integral primary health care in Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009;14(3):783-794.

Greene JC. *Mixed Methods in Social Inquiry*. San Francisco: Jossey-Bass; 2007.

Grimshaw JM, Winkens RAG, Shirran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.: CD005471. DOI: 10.1002/14651858.CD005471.

Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield B, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003; (327):1219-1221.

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.

Hartz Z. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. *Ciênc Saúde Coletiva* 1999; 4(2):341-353.

Hartz ZMA. Institutionalizing the evaluation os health programs and policies in France: cuisine internationales over fast foods ande sur mesure over ready-made. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(2 Sup):229-59.

Hartz ZMA. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. *Divulgação em Saúde para Debate* 2000; 21:29-35.

Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad Saúde Pública* 2004; 20 (Sup 2):331-6.

Hartz ZMA, Felisberto E, Silva LMV (orgs.). *Meta-Avaliação da Atenção Básica: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

Harzheim E; Starfield B; Rajmil L; Álvarez-Dardet C; Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(8):1649-1659.

Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E. *Improved Health System Performance Through Better Care Coordination*. Paris: OECD; 2007.

Hulka BS, Wheat JR. Patterns of Utilization – the patient perspective. *Medical Care* 1985; 3:438-60.

Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(3):683-703.

Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Centro Colaborador. *O Programa de Saúde da Família: evolução de sua implantação no Brasil*. <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caa/estudos.php> (acessado em 10/Jan/2007).

Landman C, Mendonça MHM, Andrade CLT. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro 2005; 11(3):643:656.

Klein CH, Bloch KV. Estudos Seccionais. In: Medronho RA (org.) *Epidemiologia*. São Paulo: Editora Atheneu; 2003. p.125-150.

Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research* 2010; 10:65.

Labra ME. Complexidades e Singularidades dos Sistemas de Saúde. *Revista da Associação de Saúde Pública do Piauí* 1999; 2(1):05-14.

Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. *Health Services Research* 2003; 38(3):831-65.

Macinko J, Starfield B, Erinosh T. The impact of Primary Healthcare on Population Health in Low – and middle – Income Countries. *Journal of Ambulatory Care Management* 2009; 32(2):150-171.

Martínez DH, Navarrete MLV, Lorenzo IV. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gac Sanit.* 2009; 23(4):280-286.

Medronho RA. Estudos Ecológicos. In: Medronho RA (org). *Epidemiologia*. São Paulo: Editora Atheneu; 2003. p.191-198.

Mendes EV. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 1999.

Mendes EV. *A Atenção Primária à Saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

Minayo MCS; Assis SG, Souza ER (orgs). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Análise de Reestruturação dos Modelos Assistenciais de Saúde em Grandes Cidades: Padrões de Custo e Formas de Financiamento*. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF: Editora MS; 2002.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002*. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF: Editora MS; 2004.

Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para Melhoria da Qualidade da Equipe de Saúde da Família – (Serie B. Textos Básicos de Saúde)*. Brasília, DF: Editora MS; 2005.

Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz. *Pesquisa Mundial de Saúde/Municípios do Brasil/Atenção Básica*. Rio de Janeiro: MS/Fiocruz; 2005.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados – 1998-2004*. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF: Editora MS; 2006.

Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília, DF: Editora MS; 2006.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Editora MS; 2006.

Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Ministério da Ciência e Tecnologia. Edital MCT-CNPq/MS-DAB/SAS – Nº 49/2005. <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caa/projetos.php> (acessado em 07/Jan/2007).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Desenvolvimento de Estudos de Linha de Base nos municípios selecionados para o Componente 1. Termo de Referência para o subcomponente D linha de ação 3 – Estudos Linha de Base. <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caa/publicacoes.php> (acessado em 08/Jan/2007).

Ministério da Saúde. Informe da Atenção Básica Nº 27: Estudo de Linha de Base nos Grandes Municípios Brasileiros : uma ação do projeto de expansão e consolidação do saúde da família (Proesf). http://dtr2004.saude.gov.br/dab/informe_ab.php (acessado em 09/Jan/2007).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caa/avaliacao.php> (acessado em 10/Jan/2007).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acompanhamento e Avaliação – Projetos em Andamento – Edital CNPq http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caa/localiza_cadastro.php (acessado em 14/Jan/2007).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Seminário de Discussão dos Estudos de Linha de Base em Saúde da Família. http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caa/apresentacoes.php#seminario_estudo_linha_base_sf (acessado em 19/Jan/2007).

Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008” - Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União. Nº 43, 4 de março de 2008.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. III Seminário de Atenção Primária/Saúde da Família: Expansão com Qualidade & Valorização dos Resultados. Relatório de Atividades – (Série D. Reuniões e Conferências). Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. <http://anstabnet.ans.gov.br/materia.htm>. (acessado em 06/Fev/2010).

Ministerio de Sanidad y Consumo. Dossier Nacional de Atención Primaria en Salud y la integración con otros niveles de atención. Madrid: EuroSocial Salud; 2006.

Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev Saúde Pública 2000; 34(5):547-59.

Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. Universidade Estadual de Campinas. A formação de profissionais para a saúde da família: avaliação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de pessoal para o PSF – Etapa 2. <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caa/estudos.php> (acessado em 10/Jan/2007).

Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. Universidade Estadual de Campinas. A concepção dos Pólos como recurso institucional de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para saúde da família – Etapa 3. <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caa/estudos.php> (acessado em 10/Jan/2007).

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Fundação de Desenvolvimento de Pesquisa. Promoção de Saúde na Atenção Básica no Brasil. <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caa/estudos.php> (acessado em 10/Jan/2007).

Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. Universidade Estadual de Campinas. Indicadores de monitoramento da implantação do PSF em grandes centros urbanos. <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caa/estudos.php> (acessado em 12/Jan/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.

Ojeda JJ, Freire JM, Gervas J. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: Reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? *Rev Adm Sanit* 2006; 4(2):357-82.

Oliveira JAA, Teixeira SMF. (Im) Previdência social brasileira. Rio de Janeiro: Abrasco; 1986.

Organização Panamericana de Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Washington, DC: World Health Organization; 2005.

Picciotto R. Evaluation in the World Bank. In: Chelimsky E e Shadish WR (org.) Evaluation for the 21 st Century. London: Sage Publications; 1997.p.201-213.

PMF/SMS/GS – Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde, Gabinete do Secretário. Portaria/SS/GAB/Nº 283/2007. SMS: Florianópolis. <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/portarias/2007>.

Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud.

Reig B, Bisbal E, Sanfélix J, Pereiró I, Esparza MJ, González RM. Evaluación de la calidad del documento de interconsulta. ¿Influye la adecuada cumplimentación del médico de familia en la respuesta que obtiene del especialista? *Aten Primaria* 2004; 34(6):300-305.

Rico A, Saltman R. Un mayor protagonismo para la atención primaria? Reformas organizativas de la atención primaria de salud en Europa. *Rev de Admin Sanit* 2002; 6(21):39-67.

Rico A, Saltman R, WGW Boerma. Organizational Restructuring in European Health Systems: The Role of Primary Care. *Social Policy & Administration* 2003; 37(6):592-608.

Rico A, Freire JM, Gervas J. El sistema sanitario español (1976-2006): factores de éxito en perspectiva internacional comparada. En: Estado de Bienestar y competitividad. La experiencia europea, Espina A. (coord.). Madrid: Fundación Carolina/Siglo XXI; 2007. p.401-444.

Santos IS, Victora CG. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(2 Sup):337-41.

Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18(Supl.):203-211.

Solla JSP. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. *Rev Baiana de Saúde Pública* 2007; 30(2):332-348.

Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344(8930):1129-33.

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

Starfield B, Shi L, Macinko J: Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83:457-502.

Testa M. Pensar em Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

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):360-367.

Veney JE, Kaluzny AD. Evaluation and Decision Making for Health Services. Ann Arbor Michigan: Health Administration Press; 1991.

Vergelés-Blanca JM. Relación entre atención primaria y especializada: el reto permanente. Cuadernos de Gestión 2002; 8:159-66.

Viana ALD, Dal Poz MR. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva 1998; 8(2):11-48.

Vieira da Silva LM. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA e Vieira da Silva LM (orgs.). Avaliação em Saúde: dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Salvador/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EDUFBA; 2005. p.15-39.

Watson DR, 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. <http://www.chspr.ubc.ca/files/publications/2004/chspr04-19.pdf>. (acessado em 14/Jan/2010).

World Health Organization. Primary Health Care. Now more than ever. The World Health Report 2008. Geneva: WHO; 2008.

Yin RK. Estudo de Caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2005.

ANEXOS

PROTEÇÃO SOCIAL EM SAÚDE NA ESPANHA: A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SALUD

O *Sistema Nacional de Salud* espanhol (SNS) instituído em 1986 pela *Ley General de Sanidad* (LGS) representou, segundo Freire além da decisão política de desenvolver no país a experiência considerada exitosa dos serviços nacionais de saúde, a evolução da *Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social* (ASSS) de 1978. Originada no *Seguro Obligatorio de Enfermedad* (SOE), criado durante os anos de 1940, a *Seguridade Social* espanhola teve sua cobertura progressivamente ampliada em decorrência de mudanças socioeconômicas ocorridas durante os anos de 1960. A *Ley General de Sanidad*, de 1986, que criou o *Sistema Nacional de Salud* espanhol com base em financiamento fiscal e acesso universal, representou a possibilidade de alcançar maior equidade, universalidade e eficiência macroeconômica, mas também a trajetória mais coerente ao desenvolvimento alcançado pela Previdência, cuja cobertura foi se incrementando até a década de 1980. No caso espanhol, ao contrário de outros países com sistemas de seguro social, a ASSS construiu uma rede própria de serviços, composta por ambulatórios e hospitais e responsável pela contratação de recursos humanos, o que possibilitou a constituição de uma organização sanitária integrada, semelhante à organização dos serviços nacionais de saúde¹.

Desde 1999, o *Sistema Nacional de Salud* espanhol é financiado por meio de impostos gerais federais e das dezessete Comunidades Autônomas, que têm por função a gestão e organização da assistência sanitária nos territórios. O processo de descentralização foi gradual, tendo início em 1981, com a transferência de recursos a Catalunha, e completado em 2002. Ao *Ministerio de Sanidad y Consumo* cabe a regulação de assuntos vinculados à saúde exterior, acordos sanitários internacionais, a legislação de produtos farmacêuticos, ações de coesão, harmonização e coordenação dos serviços de saúde. As províncias e municípios não possuem competência para a definição de recursos, organização e controle do sistema de saúde, embora sejam responsáveis por ações vinculadas à vigilância sanitária. Estima-se que para o ano de 2006, 99,5% da população espanhola esteja coberta pelo SNS^{2,3}.

Embora a assistência sanitária seja de responsabilidade das Comunidades Autônomas desde 2002, as diretrizes gerais estão contidas na *Ley General de Sanidad*. Os serviços sanitários estão organizados em Áreas de Saúde, com população entre 200.000 e 250.000 habitantes, em dois grandes níveis de atenção: o primeiro nível ou APS, que se localiza nos Centros de Saúde e consultórios e, um segundo nível, a atenção especializada, localizada nos hospitais gerais, denominado hospital de área, no qual também estão concentrados os meios diagnósticos e os

serviços de urgência 24 horas. Segundo Freire¹, os hospitais públicos espanhóis, a despeito dos problemas de organização e gestão, oferecem alto nível de qualidade e eficiência.

O médico generalista ou de família e o pediatra são responsáveis pelo primeiro contato da população com o serviço de saúde. O acesso é direto e constitui porta de entrada obrigatória. Todo cidadão tem um médico geral de referência, que por sua vez, atende a uma lista que varia entre 1500 a 2000 pessoas, dependendo da densidade demográfica de cada território. Apesar das diferenças entre as Comunidades Autônomas, o *Sistema Nacional de Salud* oferece à população acesso universal e equitativo a uma rede de Centros de Saúde e demais serviços curativos. Existe co-pagamento apenas para os medicamentos (40%), ainda assim, estão isentos aposentados (maiores de 65 anos e seus familiares ou pessoas com invalidez permanente) e determinados grupos de pacientes com doenças crônicas.

Conforme destaca Freire¹ a própria constituição de um *Sistema Nacional de Salud*, com cobertura universal, equidade global, equidade de acesso, qualidade técnica e eficiência econômica, pode ser considerado um grande êxito da sociedade espanhola. O sistema público de saúde é considerado o melhor serviço público do país em função de vários aspectos: capacidade tecnológica e capital humano, acessibilidade universal, acesso aos avanços da medicina e tecnologia médica, garantia de segurança e tranquilidade diante dos episódios de enfermidade¹⁶. Além da importante dimensão social, econômica e política, o sistema de saúde constitui o aspecto mais visível do sistema de proteção social, de coesão, representado pelos valores de solidariedade, equidade e justiça social.

Entre os desafios colocados, segundo Ojeda et al.⁴ embora o SNS seja universal de fato, nem todos os cidadãos espanhóis recebem a mesma cobertura. Alguns grupos como os funcionários públicos e outros setores privilegiados têm acesso a sistemas diferenciados ou sistemas de saúde privados, enfraquecendo a equidade, qualidade e legitimidade do sistema público. Além disso, estes grupos são os com maiores possibilidades de colocar o tema da reforma do sistema de saúde na ordem das prioridades governamentais. Ao longo de sua história, observou-se baixa prioridade dos problemas do SNS na agenda política espanhola⁴.

Segundo Freire¹ embora reformas tenham acontecido no que se refere às transferências para as Comunidades Autônomas e a reforma na APS, aspectos básicos da organização e gestão ainda se caracterizam por inércia e ausência de mudanças. O autor classifica em quatro grupos os principais problemas do SNS: baixa prioridade da saúde na agenda política; gestão da saúde submetidas às mesmas regras da administração pública comum; conflito entre distintas culturas de gestão; e ausência de *governance* em todos os níveis do sistema, sendo a Espanha

praticamente o único país europeu sem órgãos colegiados de governo, tanto nos hospitais públicos como na APS.

Os desafios referidos aos recursos humanos, considerados uns dos pontos mais críticos e complexos, refletem este grupo de problemas como, por exemplo, os contratos de trabalho com o “sistema sanitário” e não com os centros de saúde, o que acarreta limitada autonomia de gestão, limite na capacidade de recompensar ou estabelecer sanções, direito de mudar o profissional de função independentemente das necessidades dos serviços. Além disso, há competição entre as centrais sindicais que regulam as negociações coletivas, acarretando no setor público uma cultura de concorrência mais que de cooperação. De acordo com Ojeda et al.⁴ em função destas características dos órgãos representantes de classe, os médicos espanhóis não participam de forma corporativa da formulação das políticas.

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ESPANHA

Desde os anos de 1970 a atenção em saúde na Espanha está conformada por dois níveis: ambulatorial e hospitalar. Os primeiros serviços caracterizavam-se por estruturas físicas degradadas, com oferta de consultas médicas. Os hospitais, ao contrário, a partir de 1960 receberam importantes investimentos, tornando-se a base da previdência social em saúde. Os ambulatórios representavam a sobrevivência do modelo de medicina liberal do *Seguro Obligatorio de Enfermedad*, cujo atendimento dos segurados se dava em consultórios privados. Rapidamente se criou uma rede de centros sanitários no qual os médicos poderiam compatibilizar sua prática privada. No mesmo espaço físico dos ambulatórios, operavam especialidades médicas como cirurgiões, cujas ações eram realizadas em clínicas privadas contratadas, assim como os serviços de diagnose².

Cada generalista estava vinculado a um conjunto de especialistas para os quais poderia referenciar os pacientes de sua lista. Os especialistas, por sua vez, poderiam fazer os encaminhamentos para o hospital. Além de consultas, os médicos gerais e de família realizavam visitas domiciliares. O tempo escasso de dedicação às consultas, o alto número de atendimentos realizados, bem como as precárias condições de infraestrutura provocavam nos usuários grande insatisfação. Esta situação, que se prolongou até o final dos anos de 1980, degradou não só a imagem do generalista como do próprio sistema ambulatorial e favoreceu a criação de um mercado privado de saúde^{2,3}.

Frente a esta crise, a partir da década de 1980 iniciou-se um profundo processo de reforma na atenção ambulatorial da seguridade social espanhola. A recém-criada especialidade de Medicina de Família e Comunidade em 1978, também funcionou como um mecanismo de pressão em prol das reformas, visto que o número significativo de médicos formados passou a pressionar por melhores condições de trabalho, além de fornecer as bases teóricas para a construção de um novo conceito de APS⁵.

O Real Decreto 137/1984 de *Estructuras Básicas*, posteriormente legalizado pela *Ley General de Sanidad*, foi o marco de criação de um novo modelo para a APS. Os aspectos mais importantes da Reforma foram a contratação de médicos generalistas e pediatras por jornadas de sete horas; pagamento por salários, posteriormente conjugado a pagamentos por capitação; formação de equipes de atenção primária com generalistas, pediatras, enfermeiros, em alguns casos assistentes sociais e pessoal auxiliar; melhoria da infraestrutura e ampliação dos centros de saúde; manutenção do generalista como porta de entrada; da lista de pacientes e da base territorial. Freire¹⁶ destaca que a dedicação exclusiva dos médicos e a proibição da prática privada foram aspectos mais importantes da Reforma, sendo a nova geração de médicos formados pela Residência em Medicina de Família e Comunidade atores fundamentais na condução da Reforma.

Atualmente a provisão da APS tem como fundamento três elementos básicos: o centro de saúde, as equipes de atenção primária e a zona básica de saúde, estrutura populacional e demográfica que abrange de 5.000 a 25.000 habitantes. Entre os profissionais que podem compor as equipes de APS além do médico generalista, pediatra, enfermeiro, encontram-se também equipes de apoio formadas por fisioterapeutas, odontólogos, trabalhadores sociais, parteiras, entre outros, com atuação nos centros de saúde⁶.

A relação da APS com outros setores sociais é uma função de responsabilidade principalmente das equipes. As principais áreas de atuação intersetorial são a saúde mental, drogadição, saúde pública, cuidados paliativos, escolas, violência doméstica e atuação junto a pessoas com perda de autonomia física e/ou mental para o desenvolvimento de atividades diárias. A participação comunitária também é um princípio definidor da APS⁶.

O processo de implantação do novo modelo de APS foi diferenciado no âmbito das Comunidades Autônomas, atingindo coberturas distintas ao longo dos anos. Em 2000, 90% da população espanhola estava coberta por serviços de APS, embora, por exemplo, na Catalunha a cobertura fosse de 51% da população. Apesar das diferenças na organização, o funcionamento das equipes segue padrões gerais como: funcionamento em dois turnos (8:00 às 15:00 e de

14:00 às 21:00 horas), atendimento à demanda espontânea e programada, atenção domiciliar, atendimento às urgências não vitais, atenção a grupos de portadores de doenças crônicas e grupos de risco, vigilância em saúde e atenção paliativa.

São inegáveis os resultados positivos do processo de Reforma da APS no país, destacando-se como pontos fortes: alto nível de qualidade, qualificação de seus profissionais e conseqüente aumento da satisfação dos pacientes em relação ao seu médico generalista e com este nível de atenção, e fortalecimento de clínica com a adoção de protocolos e guias clínicos e informatização da história clínica que permite melhor fluxo de informações entre os profissionais do centro de saúde e com o nível hospitalar^{1,5,6}.

Contudo, alguns aspectos mereceriam maior atenção. Identificam-se problemas na resolutividade da APS pelo acesso restrito aos meios diagnósticos pelo médico deste nível, muitas vezes, dependente da referência realizada pelo profissional do nível hospitalar⁴. Ainda há utilização dos serviços de urgência hospitalar, mesmo nos horários de funcionamento dos Centros de Saúde; as listas de espera para a atenção especializada; a existência de um importante setor privado; a insatisfação dos médicos em função de aspectos como falta de autonomia profissional, sobrecarga de trabalho, pressão por resultados, às vezes, em detrimento da qualidade clínica, entre outros; e indefinição da função de enfermagem e pouco desenvolvimento da enfermagem comunitária, com cuidados domiciliares também são problemas a serem enfrentados^{1,5}. Para Ojeda et al.⁴ “(...) *la Atención Primaria actual, aunque há mejorado respecto al modelo tradicional, es burocrática, fragmentada y no poco desilusionante. Por ello, los elevados niveles de insatisfacción entre los médicos de Atención Primaria no pueden dejar de ser abordados*” (p.363).

Em Dossiê produzido pelo *Ministerio de Sanidad y Consumo* para o ano de 2007 entre os desafios postos encontram-se: a concepção hospitalocêntrica do cuidado em saúde, o choque de interesses corporativos entre médicos especialistas e de atenção primária, e a própria complexidade administrativa hospitalar que consome recursos cada vez mais altos em detrimento da APS. Carrió e Badía⁵ destacam também que a competitividade, mais que a cooperação entre as Comunidades Autônomas, acarreta dificuldades para agregar dados, gerando disparidades no uso de indicadores de saúde, e para estabelecer políticas comuns principalmente em relação à Saúde Pública e Medicina Comunitária.

Segundo Gervás⁷ a reforma da APS na Espanha centrou-se mais na melhoria dos recursos do que em estratégias de coordenação, sendo este um desafio recente. No sistema de saúde espanhol os maiores obstáculos à coordenação e cooperação entre APS e atenção especializada

estão vinculados a características organizacionais, falta de incentivo e instrumentos específicos e ausência de uma cultura de cooperação. Maior disponibilidade de certas especialidades também condiciona as referências em detrimento das necessidades dos usuários¹⁸. Segundo Carrió e Badía⁵ maior integração entre os níveis assistenciais poderia ser alcançada pela implantação efetiva da história clínica compartilhada, aumento da responsabilidade e das ações executadas pelo pessoal de enfermagem, que poderia, inclusive desempenhar papel de primeiro filtro para a demanda espontânea, e pela constituição de redes sóciosanitárias geridas pela APS com maior integração com os serviços sociais.

Neste sentido, de forma diferenciada, os serviços de saúde das Comunidades Autônomas estão em processo de implementação de instrumentos e experiências como as guias de prática clínica compartilhada, mapas de atenção ou trajetórias clínicas, formação continuada, comunicação informal, comitês de gestão interníveis, sistemas de informação com história clínica unificada, participação de profissionais da atenção especializada em reuniões e atividades de APS e vice-versa, entre outras⁴¹. Em Navarra foi desenvolvido um plano global de coordenação entre APS e atenção especializada que envolve utilização de tecnologias de informação como acesso à história clínica e relatório das consultas especializadas por meio eletrônico; livre eleição do especialista pelo médico de APS, que acompanha o paciente durante todo o tratamento de determinado episódio; monitoramento de filas de espera e das derivações executadas. O objetivo é fortalecer o protagonismo dos médicos de família na coordenação dos cuidados. Em Barcelona mediante consultas entre médicos da APS e da atenção especializada cerca de 80% das dúvidas são resolvidas sem que o paciente tenha que ser encaminhado ao especialista, reduzindo as referências e aumentando a resolutividade do primeiro nível. Iniciativas para otimizar o uso dos medicamentos com a participação de farmacêuticos e incremento das funções de enfermagem no controle de patologias crônicas também alcançaram resultados positivos. Experiências de maior integração entre entidades e associações vinculadas a movimentos sociais também contribuiriam para melhorar a coordenação entre os sistemas sanitários e os demais serviços sociais⁴.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Freire JM. La atención primaria de la salud y los hospitales em el Sistema Nacional de Salud. Seminario “Estado de Bienestar en España”. Programa en políticas Públicas y Sociales. Barcelona: Universidad Pompeu-Fabra; 2003.
2. Freire JM. La atención primaria de la salud y los hospitales en el Sistema Nacional de Salud. En: Navarro López V, coord. El Estado de Bienestar en España. Madrid: Tecnos, 2004; p.239-291.

3. Freire JM. La cobertura poblacional del Sistema Nacional de Salud: importancia y retos de la universalización y la equidad en el aseguramiento. En: Repullo Labrador JR y Oteo Ochoa LA. Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Ariel: 2005. p.61-99.
4. Ojeda JJ, Freire JM, Gervas J. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: Reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional. Rev Adm Sanit 2006; 4(2):357-82.
5. Carrió FB, Badía JG. La Atención Primaria española en los albores Del siglo XXI. Gestión Clínica y Sanitaria 2008; 10(1):3-7.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dossier Nacional de Atención Primaria en Salud y la integración con otros niveles de atención. Madrid: EuroSocial Salud; 2006.
7. Gervas J. Atención primaria: 1984-2007. La práctica clínica (acceso y proceso). En: Navarro V, Martín-Zurro A (ed) La atención primaria de salud en España y sus Comunidades. Barcelona: Semfyc; 2009. p.91-104.