

Mapeamento e Análise dos Modelos de Atenção Primária à Saúde nos Países da América do Sul

Atenção Primária à Saúde no Brasil

Consultora: Patty Fidelis de Almeida

Documento Autoral de APS nos países da América do Sul



MAPEAMENTO E ANÁLISE DOS MODELOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NOS PAÍSES DA AMÉRICA DO SUL

Atenção Primária à Saúde no Brasil

Consultora: Patty Fidelis de Almeida

Documento Autoral de APS nos países da América do Sul

Rio de Janeiro
Junho de 2014



Expediente

Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde

Diretor Executivo:

José Gomes Temporão

Coordenador Técnico:

Henri Jouval

Conselho de Saúde Sul-Americano - Julho de 2014

Juan Luis Manzur

Argentina

Bheri Ramsaran

Guiana

Juan Carlos Calvimontes

Bolivia

Antonio Carlos Barrios

Paraguai

Arthur Chioro

Brasil

Midori Musme De Habich Rospigliosi

Peru

Elia Molina

Chile

María Susana Muñoz Jiménez

Uruguai

Alejandro Gaviria

Colômbia

Michel Blokland

Suriname

Carina Vance Mafla

Equador

Francisco Armada

Venezuela

Textos e Fotos:

Patty Fidelis de Almeida

**Patty Almeida - Professora Adjunta da
Universidade Federal Fluminense**

Projeto gráfico:

Humponto Design e Comunicação

Psicóloga, Doutora em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, é Professora Adjunta do Departamento de Planejamento em Saúde e Comunidade da Universidade Federal Fluminense. É pesquisadora na área de avaliação de políticas, programas e serviços em Atenção Primária à Saúde.

**Mapeamento dos Modelos de
Atenção Primária à Saúde nos países
da América do Sul**

Coordenação:

Ligia Giovanella

Pesquisadora Assistente:

Suelen Oliveira

As opiniões expressadas neste documento são de exclusiva responsabilidade do autor e podem não coincidir com as da Organização.

www.isags-unasur.org

www.facebook.com/isags.unasursalud

www.twitter.com/isagsunasur

Mapeamento da Atenção Primária à Saúde no Brasil

Consultora: Dra^a Patty Fidelis de Almeida

Sumário

Nota metodológica	6
Introdução	8
Dimensão 1 – Condução da APS	10
Concepções de APS	10
Atribuições e competências das esferas governamentais	12
Outros atores influentes nas políticas de APS	14
Dimensão 2 – Financiamento da APS	16
Fontes de financiamento da APS e mecanismos de transferência de recursos entre esferas governamentais	16
Participação dos gastos em APS no total dos gastos públicos em saúde	19
Existência de co-pagamentos em APS	20
Dimensão 3 – Características da prestação de APS no País	21
Ações/serviços garantidos na APS	21
Dimensão 4 – Características da organização da APS no País	28
Provisão de APS	28
Tipo de prestador	33
Serviços de primeiro contato	33
Dimensão 5 – Desigualdades regionais e sociais no acesso a APS	35
Dimensão 6 – Coordenação dos cuidados e integração da APS na rede de serviços	37
Redes de atenção à saúde	38
Papel dos serviços de APS na Rede de Atenção à Saúde	40
Função de filtro do médico que atua na APS	41
Processo de referência para a atenção especializada	41
Regulação assistencial	42
Estratégias de gestão clínica	43
Continuidade Informacional	44
Filas de espera para a atenção especializada	45
Interações por Condições Sensíveis à APS	45
Coordenação dos cuidados pela APS	46

Dimensão 7 – Força de trabalho em APS	48
Especialidade médica para APS	48
Composição das equipes de APS	49
Nível de formação e principais ações dos profissionais integrantes das equipes APS	49
Formas de contratação e vínculos de trabalho dos profissionais de APS	50
Disponibilidade de profissionais para a APS	51
Estratégias para permanência de profissionais em zonas desfavorecidas e remotas	52
Formação para a APS	53
Estratégias de educação permanente em APS	56
Adesão dos profissionais à APS	57
Dimensão 8 – Participação Social e Atividades intersetoriais	59
Interação com outros setores de políticas públicas para o enfrentamento dos determinantes sociais	59
Participação Social	61
Dimensão 9 – Interculturalidade	63
Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas	63
Dimensão 10 – Gestão da APS	65
Algumas considerações	67
Agradecimentos	71
Referências bibliográficas	72
Anexo I – Indicadores Brasil	76
Anexo II	79
Atenção Primária Integral em Saúde: o caso do “acesso avançado” no município de Curitiba, Paraná	79
Anexo III	83
Atenção Primária Integral em Saúde: o caso da Unidade Básica de Saúde Fluvial do município de Borba, Amazonas	83

MAPEAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL¹

Patty Fidelis de Almeida²

NOTA METODOLÓGICA

O relatório apresentado a seguir foi construído com base, sobretudo, em consultas a fontes secundárias como Leis, Portarias, Decretos, entre outros documentos oficiais que constituem o arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde no país e, em especial, aqueles referentes à Atenção Primária à Saúde (APS). Também foram consultados *sites* no Ministério da Saúde que publicizam as principais ações e programas desenvolvidos pelo gestor federal. Além dos documentos institucionais, também foram consultados alguns artigos sobre temas específicos e relatórios técnicos.

Outra fonte de informação foram visitas a municípios e entrevistas realizadas com gestores dos níveis federal e municipal. No dia 5 de fevereiro de 2014 foi entrevistado o Diretor do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Foram abordadas questões chave para a compreensão da Atenção Primária à Saúde no Brasil como a concepção brasileira de atenção básica, financiamento, prestação de serviços, força de trabalho, participação social, coordenação dos cuidados, entre outros temas. Na ocasião, foram indicadas experiências exitosas e casos exemplares para aprofundamento de algumas dimensões para análise da APS: Borba, município do estado do Amazonas e Curitiba, capital do estado do Paraná, visitadas no mês de março. Dia 06 de fevereiro, foi entrevistada, a Diretora de Gestão da Atenção Primária à Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal. Foram abordadas as mesmas dimensões da APS, com enfoque no nível local.

Conforme indicação do gestor federal, nos dias 19, 20 e 21 de março foi realizada visita ao município de Borba, localizado na calha do Rio Madeira, região sudeste do Estado do Amazonas. Borba é referência de organização da Atenção Primária à Saúde entre municípios de pequeno porte, tendo se destacado na primeira avaliação do Programa Nacional de Avaliação do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica por apresentar Equipes de Saúde da Família com avaliações acima da média nacional. Recebeu a primeira Unidade Básica de Saúde Fluvial e é modelo no atendimento às comunidades ribeirinhas na Amazônia. Na ocasião, foram realizadas entrevistas com a Secretária Municipal de Saúde e a enfermeira responsável pela Unidade Básica de Saúde Fluvial e visitas às Unidades Básicas de Saúde da zona urbana, ao Centro de Atenção Psicossocial, ao Hospital Municipal Vó Mundoca e à Unidade Básica de Saúde Fluvial Igaracu.

1 Este documento foi preparado por consultor. As opiniões aqui expressas são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo, a posição do ISAGS ou do Ministério da Saúde do país.

2 Doutora em Saúde Pública pela Ensp/Fiocruz, professora adjunta do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense UFF.

Nos dias 27 e 28 de março foi realizada visita ao município de Curitiba, capital do estado do Paraná, localizado na região sul do país. O município, reconhecido pela longa experiência de consolidação da APS, encontra-se em momento de rediscussão da organização da rede, com vistas ao fortalecimento do vínculo e ampliação do acesso às ações e serviços de saúde por meio de uma APS resolutiva e com as portas verdadeiramente abertas ao acolhimento e resolução dos problemas de saúde da população. Na ocasião foram entrevistados o Diretor de Atenção Primária, a Coordenadora de Acesso e Vínculo e realizadas visitas às Unidades Básicas de Saúde que se encontravam em estágios diferenciados de implementação da estratégia de “acesso avançado”.

As experiências locais, nos eixos norte e sul do país, em regiões cujos padrões de desenvolvimento são historicamente diferenciados, assim como o acesso à rede de cuidados em saúde, demonstram as potencialidades de uma APS forte, ainda que em constante transformação, para efetivação do direito à proteção social em saúde no Brasil.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 inscreve a saúde pela primeira vez na história do Brasil como direito de cidadania, a ser garantido pelo Estado mediante políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e acesso a ações e serviços de saúde capazes de garantir o bem-estar de sua população.

Nos anos de 1990 inicia-se a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e as primeiras iniciativas de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como base para reforma da atenção em saúde. Destaca-se a conjuntura internacional desfavorável dos anos 90. Em 1993, o Relatório Banco Mundial – Investindo em Saúde – recomenda que somente em algumas situações saúde seria uma responsabilidade pública e que os efeitos das políticas de ajuste fiscal poderiam ser amortizados por políticas de combate à pobreza, em uma clara indução à universalização de pacotes de programas seletivos e focalizados para as populações mais pobres (Senna, 2002).

Foi neste contexto, no mínimo politicamente desfavorável, que tiveram início no país políticas induzidas pelo gestor federal com vistas a promover mudanças do modelo médico curativo, consolidado fortemente no período ditatorial, com base na expansão da APS. Em 1994, o Ministério da Saúde brasileiro criou o “Programa Saúde da Família” (PSF) como mais um programa seletivo, orientado a populações de risco. As equipes formadas por um médico supostamente “generalista”, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde se responsabilizariam pela atenção de aproximadamente 4.500 pessoas de uma área adscrita. No período inicial de sua criação, alguns anos se passaram e o PSF pouco se expandiu. Até 1999 o país tinha pouco mais de 4.300 equipes que cobriam 14,7 da população, em geral em municípios de pequeno porte.

Em 1998, um incentivo financeiro per capita repassado diretamente do governo federal aos municípios impulsionou a expansão do Programa Saúde da Família e na medida em que as ações tomavam vulto em território nacional, o “pacote básico de APS” crescia e mostrava suas potencialidades para instituir novas formas de atenção à saúde. Estudos realizados já demonstravam, por exemplo, que para cada 10% de aumento na cobertura populacional do PSF havia uma redução média de 4,5% na taxa de mortalidade infantil (Macinko et al., 2006; 2007).

Passados 20 anos da criação do Programa Saúde da Família, atualmente (Jan/2014) são 35.812 equipes, distribuídas em 5.352 municípios, que cobrem 57% da população brasileira, o que representa quase 111 milhões de habitantes. O PSF hoje é Estratégia Saúde da Família (ESF) para marcar de forma inequívoca sua diferença em relação aos programas seletivos e ressaltar o potencial que tem uma “APS forte” de construir novas formas de cuidado, com melhores resultados em relação aos indicadores de saúde propriamente ditos, como também mais ética.

É importante esclarecer que a APS nos municípios brasileiros, como destaca a Política Nacional de Atenção Básica (2006) revisada e republicada em 2011

(PNAB, 2011), não se desenvolveu de maneira uniforme e homogênea, e não necessariamente segundo o modelo da ESF. No país, coexistem formas distintas de organização da APS, sendo possível encontrar estratégias diferenciadas ao interior de um mesmo município.

Tamanha diversidade de organização e provisão de APS, que vai de Centros de Saúde com equipes de especialidades básicas, modelo dito tradicional, a equipes de Saúde da Família ou de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) torna complexa a construção de um mapeamento que possa espelhar as especificidades locais. Dessa forma, optou-se pela consulta e análise, sobretudo, da legislação nacional que define diretrizes para organização da APS no Brasil, com base principalmente na Estratégia Saúde da Família, definida como principal dispositivo para expansão e consolidação da APS. O texto atual da Política Nacional de Atenção Básica (2011) reforça a base teórica e conceitual da APS e a importância da reestruturação do Sistema Único de Saúde segundo modelo organizativo de Redes de Atenção à Saúde (RAS), reafirmando o princípio de que a integralidade só pode ser alcançada na medida em que pontos de atenção de complexidade tecnológica diferenciada se interligam e se comunicam a partir de uma base robusta – a Atenção Primária à Saúde.

DIMENSÃO 1 – CONDUÇÃO DA APS

Concepções de APS

No Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição de 1988, pautado pelos princípios 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 a ditadura militar, reconhecidamente ineficiente e causador de grandes iniquidades.

No processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1994, foi instituído pelo Ministério da Saúde o “Programa Saúde da Família”. Inicialmente formulado como um programa vertical, orientado a populações de risco gerando questionamentos quanto ao caráter focalizado, em um segundo momento (final da década de 1990) passou a ser considerado pelo governo brasileiro a principal estratégia de reforma não apenas da APS, mas de todo o modelo de atenção em saúde.

Embora a concepção de APS em Alma-Ata seja ampliada e integral, no sentido de garantia da universalidade e do direito à saúde, reformas em saúde em curso nos anos de 1980 e 1990, com forte indução de organismos internacionais como o Banco Mundial, adotaram a APS em uma perspectiva focalizada e seletiva, como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade para populações de baixa renda com vistas a minimizar os efeitos das desigualdades social e econômica. Neste sentido, o país adotou o termo Atenção Básica com o objetivo de diferenciá-la de propostas e concepções que reduziram o potencial da APS a uma cesta básica de serviços. Atualmente, a Política Nacional de Atenção Básica (2011) adota os termos “atenção básica” e APS, em suas concepções, como equivalentes.

No Brasil, a Atenção Básica, desenvolvida por meio de estratégias diferenciadas, conforme será mencionado mais adiante, tem suas diretrizes e normas gerais estabelecidas na Política Nacional de Atenção Básica de 2006, atualizada pela Portaria nº 2.488 do Ministério da Saúde, de 21 de outubro de 2011 (PNAB, 2011).

Nas disposições gerais estabelecidas pela PNAB estão definidos princípios e diretrizes que definem a concepção de APS e que devem guiar a organização dos serviços, ações e práticas no país, cuja implementação ocorre no nível municipal:

“A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” (PNAB, 2011:19).

A concepção de APS expressa pela Política Nacional de Atenção Básica é coerente aos princípios e conceito ampliado de saúde presentes no texto constitucional de 1988, norteador da criação do Sistema Único de Saúde, ao prever oferta e organização de ações e serviços capazes de prover atenção integral

em saúde, desde a promoção à reabilitação, assim como papel privilegiado na organização de práticas capazes de impactar nos determinantes sociais da saúde. A PNAB reafirma a consolidação da Estratégia Saúde da Família como principal dispositivo de reorganização da Atenção Básica no Brasil, embora coexista com outros modelos de atenção e considera os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde” como equivalentes, conforme já mencionado.

O marco legal define ainda que as ações e serviços no âmbito da APS são implementados pelos municípios, obedecendo ao princípio da descentralização político-administrativa com base em seis fundamentos (PNAB, 2011):

I – Território adscrito e rede capilarizada, o mais próxima possível da vida comunitária, de forma que o planejamento e desenvolvimento das ações estejam consonantes às necessidades do território, guiadas pelo princípio da equidade. O território é o elemento chave para a definição de práticas e ações intersetoriais capazes de impactar nos determinantes sociais do processo saúde doença.

II – Acesso universal a serviços de qualidade e resolutivos caracterizados pelos atributos de: acessibilidade, porta de entrada preferencial da rede de atenção, vínculo (longitudinalidade) e co-responsabilização e continuidade dos cuidados.

III – Coordenação dos cuidados, atributo definido na Política Nacional de Atenção Básica como “coordenação da integralidade” por meios de estratégias de integração horizontal (ações programáticas e demanda espontânea, ações de vigilância à saúde e assistenciais, trabalho multiprofissional e interdisciplinar e em equipe) e integração vertical entre os diversos níveis de atenção que compõem as Redes de Atenção à Saúde.

IV – Participação social que agrega a necessidade de ampliação da autonomia dos usuários para a condução de seu processo de cuidado e para o enfrentamento dos condicionantes de sua saúde com base no exercício do controle social (PNAB, 2011).

Percebe-se que a concepção oficial de APS incorpora e se orienta por atributos definidos por Starfield (2002), amplamente difundidos no país a partir dos anos 2000 e que orienta a construção de um conjunto de metodologias empreendidas para sua avaliação. Em países da União Europeia, a APS geralmente é caracterizada por serviços ambulatoriais de primeiro contato ou primeiro nível, com ênfase na clínica e nos cuidados individuais, preventivos ou curativos (Giovanella, 2006). No Brasil, a concepção se aproxima de uma abordagem de “APS abrangente”, conforme definição do documento “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” (OPAS, 2005) que inclui porta de entrada do sistema de saúde, participação da comunidade, intersectorialidade, enfrentamento dos determinantes sociais de saúde, utilização de tecnologia apropriada e relação custo-benefício sustentável.

Em nenhum capítulo da Política Nacional de Atenção Básica a APS está definida apenas como primeiro nível de atenção do sistema de serviços de saúde. A definição das Redes de Atenção à Saúde embora destaque que a atenção básica está estruturada como primeiro e preferencial ponto de atenção, considera que sua equipe multidisciplinar deve integrar e coordenar o cuidado com base nas necessidades de saúde da população, por meio de ações horizontais, incluindo

as práticas intersetoriais, e verticais. À atenção básica também confere o papel de “ordenar as redes”, com vistas a garantir que os demais pontos de atenção sejam organizados e planejados com base nas necessidades de saúde do usuário, características estas que definem uma concepção “abrangente” de APS. O Decreto nº 7.508, promulgado em junho de 2011 que regulamenta a Lei 8.080/1990, reforça o papel da APS de assegurar aos usuários acesso universal, contínuo, de qualidade e a integralidade do cuidado, tanto individual quanto coletivamente, para dentro da Unidade Básica de Saúde e para fora na Rede de Atenção à Saúde.

Ainda assim, observa-se que na implementação da APS alguns destes atributos se desenvolveram mais fortemente como a ampliação do acesso, expansão de cobertura e conformação de uma porta de entrada preferencial e descentralização das ações e da gestão. Já aqueles que compõem o grande campo da “integralidade” se destacam como sendo um dos princípios do SUS e da APS menos desenvolvidos (Giovannella, 2002), com impactos sobre a coordenação e continuidade dos cuidados.

Atribuições e competências das esferas governamentais

Ao longo dos anos de 1990, em conformidade com o princípio constitucional da descentralização e em conformidade com uma série de normativas que objetivaram regulamentar a organização e funcionamento do SUS, o conjunto dos municípios brasileiros gradativamente assumiu a responsabilidade pela provisão de atenção integral aos seus habitantes e a gestão plena da atenção básica. Desde 2004, todos os municípios e o Distrito Federal, atualmente 5.570, são responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de APS. Para garantia de atenção integral, preconiza-se a organização de regiões de saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica (2011) define responsabilidades comuns e específicas para as três esferas de governo do SUS (federal, estadual e municipal) no tangente à gestão e provisão da APS. Como funções comuns destaca-se uma série de princípios gerais como contribuir para a reorientação do modelo de atenção com base no apoio à expansão e qualificação da Estratégia Saúde da Família; garantir infraestrutura; financiamento tripartite; definir prioridades e metas para organização da APS; estabelecer estratégias para a qualificação e valorização dos recursos humanos, inclusive com a criação de carreiras; desenvolvimento e implantação de sistemas de informação para a atenção básica; planejamento, regulação e avaliação; estabelecimento de parcerias (organismos internacionais, organizações governamentais e setor privado) para fortalecimentos da APS; e estímulo ao controle e participação social.

Ao Ministério da Saúde compete revisão e pactuação permanente das diretrizes da política nacional, garantia de financiamento para compor o orçamento da APS, apoio e realização de processos de qualificação e avaliação/institucionalização do monitoramento, assegurar instrumentos técnicos e pedagógicos para gestão, formação e educação permanentes dos trabalhadores, e induzir mudanças curriculares nos cursos da área da saúde em articulação com o Ministério da Educação de forma a estimular a formação de profissionais para a APS. Neste

sentido, a regulação da formação profissional já é uma premissa presente na Constituição de 1988 que estabelece a competência do Sistema Único de Saúde em ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde, reforçada, pela Lei Orgânica da Saúde, que reafirma a responsabilidade do sistema de saúde “(...) na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde” (Lei 8.080, 1990).

Às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) cabe, de forma geral, apoiar a implementação da APS, respeitando-se as diretrizes e princípios da PNAB, apoiando os municípios na avaliação e monitoramento, na garantia da qualidade e consistência dos dados dos sistemas de informação e seu envio ao gestor federal, e no apoio à Educação Permanente em Saúde. Além do financiamento, prevendo inclusive repasses fundo a fundo aos municípios para custeio e investimento em ações e serviços, cabe à SES monitoramento da utilização dos recursos federais, inclusive a apuração de irregularidades que possam levar ao bloqueio dos recursos. Outra função da Secretaria Estadual de Saúde é promover o intercâmbio de experiências entre os municípios que possam colaborar para a qualificação da APS.

Na APS, destaca-se o papel dos municípios aos quais cabe a implementação, ou seja, a organização, execução e gerenciamento dos serviços e ações no âmbito da APS com base nas necessidades do território, por meio da destinação de recursos próprios municipais; avaliação e monitoramento; Educação Permanente; seleção, contratação e remuneração dos profissionais; garantia da infraestrutura física das unidades; alimentação dos sistemas nacionais de informação; organização dos fluxos e garantia de referência na rede de serviços de saúde e garantia do cumprimento da carga horária dos profissionais das equipes de APS (PNAB, 2011). Cabe aos municípios, por exemplo, a decisão política de implementação da Estratégia Saúde da Família, política induzida pelo gestor federal por meio de incentivos financeiros.

É consensual que o processo de descentralização empreendido a partir dos anos de 1990, com base em um conjunto de normas operacionais editadas pelo gestor federal, representou importante avanço para a construção do Sistema Único de Saúde. Ainda assim, ressalta-se que uma das características da construção do sistema nacional de saúde brasileiro – a descentralização da implementação da APS para os atuais 5.570 municípios – gerou uma série de desafios e constrangimentos à garantia de atenção integral, definição de padrões de qualidade (infraestrutura, abrangência da oferta de serviços, recursos humanos, entre outros), responsabilidades pelo financiamento e, sobretudo, construção de sistemas regionalizados de saúde. Segundo Spedo et al. (2009) o modelo de descentralização da saúde no país, entrecortado por distintas concepções, contradições e conflitos, favoreceu a conformação de sistemas municipais de saúde atomizados e desarticulados, com diferentes graus de resolutividade e capacidade dos governos locais na assunção deste papel, situação agravada pela insuficiente cooperação e apoio técnico das esferas estadual e federal. No caso da APS, o processo de expansão se deu com baixa participação das esferas estaduais, em uma relação direta entre municípios e gestor federal em um sentido de mútuo fortalecimento, no qual, paralelamente, ocorreu a implantação/reorganização da APS e ampliação das responsabilidades da gestão local do SUS (Solla et al., 2007).

Outros atores influentes nas políticas de APS

Como processo de descentralização, observa-se criação de uma série de espaços institucionais para a tomada de decisões de forma a respeitar a autonomia dos entes federados, mas também possibilitar a coordenação do SUS.

As funções de formulação das diretrizes e princípios gerais da Política Nacional de Atenção Básica são atribuições do gestor federal. Entretanto, são discutidas, pactuadas e aprovadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) instância de articulação e pactuação no âmbito federal com atuação na direção nacional do SUS. A CIT é composta por gestores das três esferas de governo, com composição paritária formada por 21 membros, sendo sete indicados pelo Ministério da Saúde, sete pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e sete pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), sendo nos âmbitos estadual e municipal, um representante para cada uma das cinco regiões no país. As decisões na Comissão Intergestores Tripartite são tomadas por consenso e não por votação. Logo, municípios e estados participam formalmente da definição das políticas de APS no país por meio de suas representações. A elaboração da PNAB contou também com a participação de membros da academia, profissionais da saúde, trabalhadores do SUS, usuários e entidades representativas do sistema de saúde (PNAB, 2011).

A Comissão Intergestores Tripartite é a instância no âmbito federal para planejamento e implementação das políticas de saúde, mantendo competência exclusiva para a pactuação de algumas áreas estratégicas como as diretrizes gerais para a composição da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), que contém as ações e serviços de saúde garantidos pelo SUS; critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde nas regiões de saúde; e as diretrizes nacionais, para financiamento e operacionalização das regiões de saúde transfronteiriças, respeitadas, as normas que regem as relações internacionais (Portaria nº 2.686, 2011).

No âmbito dos 26 estados brasileiros estão constituídas Comissões Intergestores Bipartites (CIB), que agregam representação paritária da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão representativo das Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS – Conselho dos Secretários Municipais de Saúde). Mesmos os municípios tendo a gestão plena dos recursos federais para a atenção básica, os projetos para implantação de uma equipe de Saúde da Família, por exemplo, após aprovação no respectivo Conselho Municipal de Saúde, segue para apreciação da CIB.

Embora a Comissão Intergestores Tripartite tenha sido instituída pela Norma Operacional Básica – NOB/93, composta por membros do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, sendo nas esferas estaduais criadas as Comissões Intergestores Bipartite e os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde, foi só em 2011, por meio da promulgação da Lei 12.466/11 que todas estas instâncias de pactuação do SUS ganharam status legal, sendo declarados de “utilidade pública e de relevante função social”, estando habilitadas a receber recursos do orçamento geral da União para custeio de despesas e possibilidade de estabelecimento de convênios com o Ministério da Saúde.

No país, outro importante ator na implementação da APS são os Conselhos de Saúde. A participação ou controle social é uma das diretrizes organizacionais do SUS presentes na Constituição Federal de 1988, institucionalizada por meio dos Conselhos de Saúde – no âmbito federal, estadual e municipal. Suas funções se inserem no plano da formulação, estabelecimento de diretrizes, estratégias e controle da execução das políticas de saúde nas respectivas esferas de governo.

Mais recentemente, o Decreto nº 7.508/2011 orientou a constituição de redes regionalizadas e definiu as Regiões de Saúde como espaços privilegiados para integração dos serviços de saúde, tendo como ponto de partida o Plano Diretor Regional, mas fazendo as devidas composições que respondam adequadamente às dinâmicas dos territórios, favorecendo a ação cooperativa intergestora. Atualmente, estão constituídas 436 regiões de saúde no país, sendo as Comissões Intergestores Regionais (CIR) as instâncias de governança regional na qual gestores municipais, em uma perspectiva de regionalização solidária, planejam e organizam a distribuição dos serviços, ações e trabalhadores da saúde para garantia do cuidado integral.

DIMENSÃO 2 – FINANCIAMENTO DA APS

No Brasil, desde a criação do Sistema Único de Saúde, em 1988, o financiamento público da saúde é de responsabilidade das três esferas de governo – União, estados e municípios – por meio de recursos fiscais. Contudo, apenas no ano de 2011, após 11 anos desde a promulgação da Emenda Constitucional nº29, foi aprovada Lei Complementar que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente por cada ente federado em ações e serviços públicos de saúde. De acordo com a Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012 cabe à União aplicar o total correspondente aos gastos no ano anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação do PIB do mesmo ano. Para estados e municípios, a regra é distinta. Estados devem aplicar em saúde, no mínimo, 12% de suas receitas de arrecadação de impostos, enquanto os municípios e o Distrito Federal, 15% de seus recursos próprios.

Fontes de financiamento da APS e mecanismos de transferência de recursos entre esferas governamentais

O financiamento da APS no Brasil também é tripartite, envolvendo recursos de municípios, estados e União. Em 1996, a Norma Operacional do SUS – NOB/96 – (Brasil, 2006) instituiu repasses federais com base per capita – Piso de Atenção Básica – para financiamento da APS e o Piso de Atenção Básica Variável, para induzir a implementação de ações estratégicas como a Saúde da Família. Em 2006, o Pacto pela Saúde (2006), que estabelece e atualiza regras para organização, gestão e prioridades em saúde do SUS, instituiu cinco blocos de transferências federais: atenção básica, média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, gestão e investimento na rede.

O montante de recursos federais para as ações de APS está contido no Bloco de Financiamento de Atenção Básica e parte dos recursos do bloco de Investimento. As ações e serviços a serem financiados foram, mais recentemente, definidos na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (apresentada na dimensão III), além de outras contidas nos Planos Municipais de Saúde.

O financiamento federal para a APS é composto por itens (PNAB, 2011). O recurso per capita (Piso de Atenção Básica Fixo – PAB Fixo) representa um valor fixo recebido mensalmente, de forma automática, calculado com base na população municipal definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Segundo a Portaria nº 1409/2013 os valores podem variar entre R\$23,00 a R\$28,00 habitante/ano.

O segundo item é composto por Recursos para projetos específicos como: Compensação das Especificidades Regionais (CER), Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, e recurso para investimento/estruturação. Os recursos para CER são aqueles transferidos com o objetivo de responder a especificidades de municípios, populações ou situações que exigem maior aporte de investimentos, mas que não são devidamente contempladas nos demais componentes do Bloco Atenção Básica. Assim os municípios podem

receber um recurso complementar relacionado ao enfrentamento de especificidades geradoras de iniquidades como: municípios mais pobres, com piores indicadores e maiores necessidades; maiores dificuldades de atração e fixação de profissionais e isolados ou com dificuldade de acesso; que presta atenção a populações sazonais, rurais, quilombolas, tradicionais, assentadas, isoladas. Os recursos de investimento/estruturação são repassados no momento de implantação das equipes de Saúde da Família, equipes de Saúde Bucal e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para estruturação das Unidades Básicas de Saúde, visando à melhoria da infraestrutura física e de equipamentos para o trabalho das equipes.

Os recursos para estratégias e programas prioritários são a contrapartida federal para a implantação de Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal, de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família Fluviais e Ribeirinhas, de Atenção Domiciliar, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Consultórios na Rua, Programa Saúde na Escola, microscopista e Academia da Saúde. Os valores mensais por Equipe de Saúde da Família implantada pode ser de R\$10.695,00 equipe/mês ou R\$7.130,00 equipe/mês a depender de critérios como atendimento à população quilombola, de assentamentos, entre outras.

Mais recentemente foi criado um bloco de financiamento cujos recursos são condicionados a resultados de avaliação do acesso e qualidade da APS, entre os quais destaca-se o PMAQ-AB (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica). Cada equipe de APS que adere ao PMAQ, no momento da contratualização, recebe 20% do valor integral do incentivo denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável que é de R\$ 8.500,00 para equipes de Atenção Básica (ou seja, R\$ 1.700,00/mês) e de R\$ 2.500,00 por Equipe de Saúde Bucal (ou seja, R\$500,00/mês).

De acordo com a classificação de desempenho alcançada no processo de certificação, o município poderá receber maiores percentuais do valor integral do incentivo financeiro por equipe (Portaria nº 562/2013).

Quadro 1 – Blocos de financiamento federal para a APS, Brasil, 2014

Bloco	Composição	Valores
Recursos per capita (PAB Fixo)	Valor fixo recebido mensalmente, calculado com base na população municipal	R\$ 23,00 a R\$ 28,00 habitante/ano (2013)
Recursos para projetos específicos	Especificidades regionais, requalificação da estrutura física das unidades, recursos para implantação	R\$ 773.000,00 para construção de UBS ¹ (2013) R\$ 10.695,00 por equipe/mês – ESF modalidade 1 ² (2012) R\$ 20.000,00 por equipe de SF implantada (2012)
Recursos para estratégias/ programas prioritários	Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal, NASF, populações ribeirinhas, Academia da Saúde, etc.	R\$ 7.130,00 por equipe/mês – ESF modalidade 2 ³ (2012) R\$ 20.000,00 mensais – NASF (2013) RS 1.014,00 por ACS/mês (2014) R\$ 50.000,00 para ESF Fluviais com profissionais de saúde bucal/mês ⁴

Bloco	Composição	Valores
Recursos condicionados à melhoria da qualidade	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	R\$ 1.700,00 a R\$ 8.500,00 por equipe de APS/mês ⁵ (2013) R\$ 500,00 a R\$ 2.500,00 por equipe de Saúde Bucal/mês ⁵ (2013)

1 – Recurso para construção Unidade Básica de Saúde Porte IV mediante apresentação de projeto, destinada a abrigar, no mínimo, 4 Equipes de Atenção Básica (2013).

2 – Municípios de até 30.000 hab e/ou equipes que atendam a populações quilombolas ou assentamentos.

3 – Todas as equipes que não se enquadram no critério da modalidade 1, que representam a grande maioria das equipes do país.

4 – Incentivo mensal de custeio para as Unidades Básicas de Saúde Fluviais.

5 – Valores dependentes da classificação alcançada no processo de avaliação de qualidade das equipes.

Mecanismos de garantia e transferência de recursos entre esferas governamentais para a APS

Como mencionado acima, os três níveis de governo são responsáveis pelo financiamento da APS e das demais ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Os repasses do Bloco Atenção Básica para os municípios são realizados em conta aberta diretamente para este fim, obedecendo aos critérios de transferência de recursos fundo a fundo de modo a possibilitar o acompanhamento e controle social. Os registros contábeis relativos aos recursos repassados estão permanentemente disponíveis aos Conselhos de Saúde. A prestação de contas dos valores recebidos e aplicados deve ser aprovada nos respectivos Conselhos, encaminhada ao Tribunal de Contas e à Câmara Municipal.

No país, a maior proporção do gasto público em saúde é financiado pelo governo federal que também concentra a maior proporção dos recursos tributários nacionais – 56,3%, sendo 25% disponíveis aos estados e 18,5% aos municípios. Embora o gasto público em saúde esteja relacionado à disponibilidade de recursos, apenas cerca de 48% são custeados pelo governo federal, 25% com recursos estaduais e 28% municipais (Giovanella, 2013). Observa-se incremento da participação de municípios no financiamento da saúde como resultado do processo de descentralização e a partir da aprovação da Emenda Constitucional 29/2000, regulamentada pela Lei Complementar nº141/2012.

Para exemplificar a participação dos entes federados no financiamento da saúde, mencionamos o estudo de Vieira e Cervo (2013) “Estimativas de custos dos recursos humanos em atenção básica: Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB)”. Segundo as autoras, nos diferentes modelos de organização da atenção básica, a participação relativa dos gastos com recursos humanos é preponderante, chegando a 60% dos gastos totais com as ações e serviços de APS. De acordo com metodologia utilizada no trabalho, utilizando-se dados do Registro Administrativo (Rais), emitidos por todos os estabelecimentos de saúde em 2010, os custos com remuneração de equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal, cujos profissionais fossem concursados, seriam os seguintes, considerando-se os encargos sociais:

Tabela 1 – Estimativas de remuneração de equipes Saúde da Família e Saúde Bucal, 2010

Custos	ESF	ESB (Modalidade I)	ESB (Modalidade II)
Custo de Remuneração (salários)	18.509,54	6.013,94	6.962,56
INSS (21%)	3.887,00	1.262,93	1.462,14
Décimo Terceiro (mensal)	1.542,46	501,16	580,21
Adicional de férias (mensal)	514,15	167,05	193,40
Total	24.453,16	7.945,09	9.198,31

Fonte: Retirado de Vieira e Cervo (2013:35).

As autoras ressaltam que estes valores apresentam variações entre as regiões brasileiras e a depender do tipo de vínculo dos profissionais. O estudo considerou que o custo com recursos humanos representa cerca de 60% do custo total dos serviços de uma equipe de Saúde da Família (médico, enfermeiro, 4 Agentes Comunitários de Saúde e auxiliar de enfermagem) com carga horária de 40 horas/semanais, embora segundo os resultados da revisão da literatura estes gastos possam representar de 50% e 90% do custo total da atenção básica. Com base na Tabela 1 no que se refere à remuneração dos profissionais, o custo total de uma equipe seria aproximadamente R\$ 40.755,25, segundo valores de 2010. Os repasses do Ministério da Saúde, neste mesmo ano, para Equipe de Saúde da Família modalidade II, que são a maioria em todo país, com 4 ACS, e considerando o Piso de Atenção Básica-fixo (cerca de R\$ 4.500,00 por mês para uma população de 3.000 pessoas e considerando o valor do PAB fixo de R\$18,00 habitante/ano) somavam R\$ 13.756,00. Considerando os cálculos apresentados, o repasse do Ministério da Saúde para uma equipe de Saúde da Família representaria 33,75% do custo total (Vieira e Cervo, 2013).

Se considerarmos as equipes de Saúde Bucal modalidade I e II, utilizando-se o mesmo parâmetro de que despesas com salários e encargos dos profissionais representam 60% do custo, o custo total de uma Equipe de Saúde Bucal modalidades I e II seria, respectivamente, R\$ 13.240,68 e R\$ 15.329,23. Neste caso, o repasse federal para custeio de uma equipe de Saúde Bucal modalidades I e II teria participação de 15,1% e 17%. Ressalta-se que nos dois casos são considerados apenas valores para remuneração de profissionais que fazem parte da equipe. O custo com profissionais de limpeza, administrativos e de vigilância, por exemplo, não foi incluído no custo total das equipes de APS, o que poderia subestimá-los.

Participação dos gastos em APS no total dos gastos públicos em saúde

O percentual dos recursos financeiros federais executados pelo Ministério da Saúde, destinado ao custeio de ações e serviços no âmbito da atenção à saúde, em 2012, representaram 67% dos gastos totais do gestor federal. A APS representou 23,5% do total de gastos do MS com atenção à saúde e a atenção de média e alta complexidade, 43,6%. Se observada a série histórica, observa-se aumento da representatividade dos gastos com APS no total de gastos do Ministério da Saúde. Ressalta-se que o componente “atenção à saúde” apresentado na tabela 2 não inclui recursos destinados a investimentos em infraestrutura, ações de saneamento básico, despesas com servidores ativos, aposentados e pensionistas, e recursos provenientes de emendas parlamentares. No caso da atenção básica, a maioria absoluta dos profissionais é contratada pelos municípios.

Tabela 2 - Gasto do Ministério da Saúde com atenção à saúde como proporção do gasto total do Ministério da Saúde, 2000-2012, Brasil

Ano	% gasto total com atenção à saúde	% atenção básica	% atenção de média e alta complexidade
2000	31,4	12,8	18,6
2001	36,6	13,3	23,3
2002	39,8	14,5	25,3
2003	48,2	15,0	33,2
2004	59,2	16,7	42,6
2005	60,5	17,5	42,9
2006	64,5	19,0	45,5

Ano	% gasto total com atenção à saúde	% atenção básica	% atenção de média e alta complexidade
2007	70,3	20,0	50,4
2008	70,1	22,0	48,1
2009	66,9	20,2	46,6
2010	68,9	21,5	47,4
2011	66,3	21,8	44,5
2012	67,0	23,5	43,6

Fonte: Ministério da Saúde: Fundo Nacional de Saúde – FNS e Ministério da Saúde: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento: Coordenação-Geral de Orçamento e Finanças.

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/e20.htm>, capturado em: 12/03/2014.

Existência de co-pagamentos em APS

Um dado importante é que no Brasil não há co-pagamentos no SUS, embora nem todos os medicamentos sejam fornecidos pela rede pública.

DIMENSÃO 3 – CARACTERÍSTICAS DA PRESTAÇÃO DE APS NO PAÍS

Somente a partir do Decreto Presidencial nº 7508/2011 foi estabelecida a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde no âmbito da assistência à saúde, conforme pactuação nas Comissões Intergestores, que define responsabilidades em relação ao rol de ações e serviços que deverão ser prestados. Os entes federados podem adotar ações específicas e complementares, desde que respeitadas as responsabilidades relativas ao financiamento.

A primeira versão da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde foi publicada pela Portaria nº841/2012, agrupando os serviços em cinco grandes categorias, que são as mesmas que devem compor a rede de serviços em uma região de saúde. A relação está estruturada de forma a expressar a organização dos serviços e garantia de atendimento integral, cujas inclusões, exclusões e alterações de serviços ocorrerão de forma contínua, de dois em dois anos, capitaneadas pelo Ministério da Saúde e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite.

As regras para acesso a cada ação ou serviço de saúde expressas na RENASES seguem algumas codificações determinadas pela Portaria nº841/2012 que define os procedimentos de acesso direto, mediante referência, autorização prévia, com exigência de habilitação, previstos em protocolo clínico ou voltados para a saúde coletiva. Em conformidade com o princípio que orienta a conformação das Redes de Atenção à Saúde, está posto que o acesso às ações e serviços de saúde será ordenado pela APS com base em critérios de risco individual e coletivo e nas regras de referência e fluxos pactuadas intra e interregionalmente em acordo com o Contrato Organizativo de Ação Pública.

Ações/serviços garantidos na APS

A Portaria nº 841/2012, em conformidade com os atributos definidos na Política Nacional de Atenção Básica (2011), define de forma ampla que as ações e serviços da APS incluem “(...) *promoção à saúde; prevenção de agravos; vigilância à saúde; tratamento, acompanhamento, redução de danos e reabilitação, com ênfase nas necessidades e problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território/contexto, observando critérios de riscos e vulnerabilidades; acolhimento e atenção à demanda espontânea incluindo as urgências e emergências nas unidades básicas de saúde; atenção e cuidado continuado/programado tanto nas unidades de saúde como em domicílio (quando for necessário); indicação, prescrição e realização de procedimentos terapêuticos e diagnósticos no âmbito da APS; atividades de atenção individual e coletivas (ex.: Familiar, Comunitária); atividades de vigilância em saúde; atenção a todos os cidadãos sob sua responsabilidade, independente dos ciclos de vida, gênero ou problema de saúde apresentados; ações de Atenção Domiciliar; atenção à Saúde Bucal; atenção através de ações e serviços pertinentes às Práticas Integrativas e Complementares; Vigilância Nutricional e Alimentar e Atenção Nutricional; coordenação do cuidado, incluindo o*

acesso a ações e serviços fora do âmbito da Atenção Primária” (Portaria nº841/2012).

O rol de serviços definidos no âmbito da APS, observados na referida Portaria, são bastante abrangentes, incluindo ações em 26 campos, os quais a maioria serão listados a seguir.

Quadro 2 – Lista de ações e serviços no âmbito da Atenção Primária à Saúde estabelecida pela Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde, Brasil, 2012.

Lista de ações e serviços no âmbito da Atenção Primária à Saúde estabelecida pela Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde, Brasil, 2012.	
Gestão	<ol style="list-style-type: none"> 1. Análise da situação de saúde; 2. Planejamento, programação, acompanhamento/monitoramento; 3. Gestão de pessoas; 4. Gerência de unidades assistenciais: apoio técnico e administrativo, logística de transportes, gestão de materiais e estoques, inclusive de medicamentos, gestão financeira, gestão e alimentação dos sistemas de informação;
Atenção Domiciliar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atendimento contínuo, realizado por equipe multiprofissional no domicílio, considerando a avaliação integral das necessidades de saúde; estabelecimento de plano de cuidado; seguimento do tratamento; avaliação da evolução do caso; 2. Ações educativas com os familiares e cuidador; 3. Cuidados paliativos; 4. Realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos; 5. Ações de vigilância em saúde; 6. Procedimentos como: suporte ventilatório não invasivo; terapia nutricional; oxigenoterapia, diálise peritoneal; parecentese; aspiração de vias aéreas para higiene brônquica; consultas; acompanhamento domiciliar em pós-operatório; 7. Adaptações do paciente e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia; ao uso de órteses/próteses; de sondas e ostomias; 8. Reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória;
Atendimento cirúrgico ambulatorial básico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cateterismo uretral; 2. Cauterização química de pequenas lesões; 3. Retirada de pontos de cirurgias; 4. Curativos simples; 5. Suturas; 6. Biópsia/punção de tumores superficiais de pele; 7. Retirada de corpo estranho subcutâneo; 8. Exérese de calo; 9. Debridamento e curativo de escara ou ulceração; 10. Curativo com debridamento em pé diabético; 11. Anestesia locorregional; 12. Cirurgia de unha

Lista de ações e serviços no âmbito da Atenção Primária à Saúde estabelecida pela Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde, Brasil, 2012.	
Atendimento cirúrgico ambulatorial básico	<ol style="list-style-type: none"> 13. Drenagem de abscesso; 14. Tratamento de miíase furunculóide; 15. Drenagem de hematoma subungueal; 16. Tamponamento de epistaxe; 17. Remoção de cerume; 18. Infiltrações; 19. Aplicação e reposição de sondas vesicais e nasogástricas; 20. Cuidado de estomas (digestivos, urinários e traqueais).
Atendimento clínico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Procedimentos como: anamnese; exame físico; avaliação antropométrica; registro de marcadores do consumo alimentar; avaliação da capacidade funcional do paciente idoso; otoscopia; laringoscopia indireta; avaliação de acuidade visual; fundoscopia (exame de fundo de olho); exames de rastreamentos conforme protocolos vigentes; estesiometria; terapia de reidratação oral; nebulização; aferição de pressão arterial; realização do teste do reflexo vermelho; ordenha mamária; inserção de Dispositivo Intrauterino; eletrocardiograma; <i>peak flo</i>; imobilizações; ressuscitação cardiopulmonar; 2. Prescrição, administração e dispensação de medicamentos, incluindo parenterais; 3. Diagnóstico e atendimento clínico de pacientes com tuberculose e/ou hanseníase; 4. Abordagem sindrômica das doenças sexualmente transmissíveis; 5. Avaliação de pacientes com agravos relacionados ao trabalho.
Consulta e acompanhamento realizados por profissional de nível superior	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consultas agendadas ou de demanda espontânea para condições agudas ou crônicas agudizadas; 2. Consultas de programas específicos; 3. Consultas compartilhadas entre profissionais; 4. Consultas de urgência e emergência (com ou sem observação); 5. Primeira consulta odontológica programática; 6. Retirada de pontos de cirurgias básicas.
Exames diagnósticos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coleta de material de sangue, de urina, de escarro e de material para exame citopatológico para exame laboratorial; 2. Aferição de glicemia capilar; 3. Realização do “teste do pezinho” e do “teste da orelhinha”; pesquisa de plasmódio; 4. Intradermoreação com derivado proteico purificado; 5. Pesquisa de gonadotrofina coriônica e teste rápido de gravidez; 6. Pesquisa de corpos cetônicos e de glicose na urina; 7. Coleta de exames sorológicos para confirmação de doenças transmissíveis de interesse da saúde pública;

Lista de ações e serviços no âmbito da Atenção Primária à Saúde estabelecida pela Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde, Brasil, 2012.	
Exames diagnósticos	<ol style="list-style-type: none"> 8. Coleta de linfa para baciloscopia (hanseníase); baciloscopia de escarro (tuberculose); teste rápido para HIV e sífilis; 9. Diagnóstico por imagem, quando possível.
Ações comunitárias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificação de recursos comunitários; 2. Priorização de ações da saúde; 3. Articulação com equipamentos sociais e lideranças comunitárias, em parceria com outros dispositivos sociais e setoriais; 4. Ações de reinserção social.
Atividades educativas, terapêuticas e de orientação à população	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ações de educação alimentar e nutricional; 2. Práticas corporais e atividades físicas; 3. Ações educativas em escolas e creches; 4. Grupos terapêuticos; 5. Rodas de terapia comunitária; 6. Acolhimento e orientação de cuidadores de idosos; 7. Ações coletivas e individuais de saúde bucal; 8. Ações voltadas à vigilância e prevenção das violências e acidentes, lesões e mortes no trânsito.
Imunização	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ações de vacinação de acordo com o calendário nacional de imunização vigente.
Visita domiciliar ou institucional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realização de DOTS (dose terapêutica supervisionada); 2. Cadastramento familiar; 3. Busca ativa; 4. Ações de vigilância epidemiológica.
Atenção à saúde da criança (0 a 9 anos)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliação nutricional; 2. Avaliação do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor; 3. Suplementação de micronutrientes; 4. Orientação para o aleitamento materno; 5. Aconselhamento, detecção e tratamento de problemas de saúde mais frequentes nas diversas faixas etárias; 6. Detecção e acompanhamento das crianças de alto risco; 7. Vigilância de óbitos infantis; 8. Ações de imunização específicas para o grupo.
Atenção à saúde da mulher	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ações de atenção aos direitos sexuais e reprodutivos; 2. Atenção ginecológica; 3. Atenção ao pré-natal das gestações de risco habitual; 4. Avaliação nutricional;

Lista de ações e serviços no âmbito da Atenção Primária à Saúde estabelecida pela Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde, Brasil, 2012.	
Atenção à saúde da mulher	<ol style="list-style-type: none"> 5. Suplementação de micronutrientes; 6. Identificação e acompanhamento das gestações de alto risco; 7. Atenção ao puerpério; 8. Rastreamento, detecção precoce e acompanhamento do câncer de colo de útero e de mama; 9. Atenção ao climatério/menopausa; 10. Atenção à mulher vítima de violência doméstica e sexual; 11. Vigilância de óbitos maternos; 12. Atenção às mulheres portadoras de traço falciforme; 13. Imunização.
Atenção à saúde do adolescente (10 a 19 anos)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliação de crescimento e desenvolvimento; 2. Avaliação nutricional; 3. Complementação do calendário vacinal; 4. Atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva; 5. Atenção à saúde mental; 6. Detecção e tratamento dos problemas de saúde como: agravos resultantes de violências e acidentes; ações de promoção da saúde e prevenção de agravos com populações vulneráveis.
Atenção à saúde do homem	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atenção aos agravos do aparelho geniturinário; 2. Disfunção erétil; 3. Planejamento reprodutivo; 4. Prevenção de acidentes e violências.
Atenção à saúde do idoso	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ações de prevenção, aconselhamento, identificação de riscos, prevenção de quedas e fraturas; 2. Prevenção, identificação e acompanhamento de distúrbios nutricionais; 3. Identificação e acompanhamento de situações de violência e de processos de fragilização; 4. Levantamento e acompanhamento dos idosos na comunidade; 5. Avaliação da capacidade funcional; 6. Imunização.
Atenção à saúde do adulto (a partir de 20 anos)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atenção à saúde sexual e reprodutiva e à saúde mental; 2. Prevenção e tratamento de agravos resultantes de violências e acidentes; 3. Vigilância e atenção aos agravos dos ambientes de trabalho; 4. Ações de promoção e atenção à saúde de populações vulneráveis; 5. Aconselhamento e detecção de fatores de risco; 6. Aconselhamento sobre estilo de vida saudável;

Lista de ações e serviços no âmbito da Atenção Primária à Saúde estabelecida pela Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde, Brasil, 2012.	
Atenção à saúde do adulto (a partir de 20 anos)	<ol style="list-style-type: none"> 7. Detecção precoce de problemas de saúde; 8. Imunização; 9. Atenção às doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica, <i>diabetes mellitus</i>, doença pulmonar obstrutiva crônica, dislipidemias, insuficiência cardíaca, cardiopatia isquêmica, obesidade, problemas osteomusculares, problemas do aparelho genitourinário e tabagismo.
Atenção a Saúde Mental, álcool e outras drogas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificação, acolhimento, tratamento e acompanhamento dos indivíduos que apresentam problemas relacionados à saúde mental e ao uso de álcool e outras drogas e ao trabalho; 2. Referência e contrarreferência e atendimento compartilhado com outros serviços de Atenção Psicossocial.
Atenção Farmacêutica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ações individuais e coletivas de educação em saúde para promover a prescrição e o uso racional de medicamentos; 2. Informar e orientar os usuários acerca do uso e armazenamento dos medicamentos;
Saúde Bucal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Procedimentos cirúrgicos realizados para o tratamento e manutenção dos elementos dentários e clínicos para o tratamento, cura ou alívio de sintomas ou enfermidades relacionadas à saúde bucal; 2. Cura ou alívio de sintomas ou enfermidades relacionados à saúde bucal; 3. Recuperação/reabilitação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença; 4. Reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e a sua atividade profissional; 5. Procedimentos: pequenas cirurgias; drenagem de abscesso; excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões/ferimentos de pele/anexos e mucosa; frenectomia; exodontia e restauração de dente decíduo; exodontia e restauração de dente permanente; glossorrafia; tratamento cirúrgico de hemorragia bucodental; tratamento de alveolite; ulotomia/ulectomia; capeamento pulpar; acesso à polpa dentária e medicação (por dente); curativo de demora; pulpotomia dentária; raspagem, alisamento e polimento supragengivais (por sextante); raspagem e alisamento subgengivais (por sextante); manutenção periódica de prótese bucomaxilofacial; e moldagem dentogengival para construção de próteses dentárias. 6. Manutenção da saúde bucal; 7. Recuperação/reabilitação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado de doenças.
Atenção à saúde da pessoa com deficiência	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ações de promoção e prevenção e identificação precoce de doenças e outras condições relacionadas às deficiências físicas, intelectuais, auditivas e visuais; 2. Ações informativas e educativas; 3. Orientação familiar;

Lista de ações e serviços no âmbito da Atenção Primária à Saúde estabelecida pela Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde, Brasil, 2012.	
Atenção à saúde da pessoa com deficiência	<ol style="list-style-type: none"> 4. Referência para serviços especializados de reabilitação; 5. Orientações básicas na área de habilitação/reabilitação da pessoa com deficiência; 6. Identificação dos recursos comunitários que favoreçam o processo de inclusão social; 7. Acompanhamento dos usuários contrarreferenciados pelos serviços de média e alta complexidade.

Fonte: Quadro construído com base na Portaria nº 841 de maio de 2012.

OBS.: A lista de procedimentos em APS da RENASES inclui também: Práticas Integrativas e Complementares; Atenção Familiar; Atividades físicas, educativas e de orientação à população; e Atenção à saúde de pessoas com doenças transmissíveis epidemiologicamente relevantes para o país (tuberculose, hanseníase, hepatites, DST/AIDS, dengue, leishmaniose e doenças exatêmicas), excluídas do quadro por não haver descrição das ações e serviços a serem prestados.

A preocupação em definir o rol de ações e aumentar a resolutividade da APS materializa-se também na edição de um volume do “Caderno de Atenção Primária”, publicação do Ministério da Saúde, que desempenha papel de orientador, com protocolos e diretrizes, para a organização de um conjunto de ações de atenção básica. O Caderno “Procedimentos”, em 2011, aborda alguns procedimentos clínicos e cirúrgicos que poderiam ser realizados nas Unidades Básicas de Saúde, bem como uma relação de equipamentos, materiais, medicamentos e insumos que deveriam estar presentes em todas as unidades.

Embora a definição dos procedimentos, serviços e ações possa ser considerado um avanço para o estabelecimento de competências e responsabilidades no âmbito da APS, estudos apontam que a recente reorganização da atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família ainda não foi capaz de superar a tensão ao redor de questões como atendimento à demanda espontânea, às pequenas urgências, entre outros, com dificuldades em relação à organização do processo de trabalho para acolhimento e resolução de demandas que fogem à lógica das ações programáticas (ver caso Curitiba). Além disso, observa-se enorme diversidade de ações oferecidas, dependentes da infraestrutura, disponibilidade e capacitação profissional, carteira de serviços definidas e pactuadas pelos próprios municípios, entre outros aspectos.

DIMENSÃO 4 – CARACTERÍSTICAS DA ORGANIZAÇÃO DA APS NO PAÍS

Provisão de APS

A assistência à saúde no Sistema Único de Saúde, mais recentemente, vem tentando se organizar em torno das 436 regiões de saúde, definidas como *“espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”* (Decreto nº 7.508/2011). Cada região de saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de APS, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde. A continuidade do cuidado, entretanto, fica garantida mediante acesso a todos os serviços e ações de saúde necessários, inclusive atenção hospitalar, por meio de pactuação ao interior das Redes de Atenção à Saúde. O Decreto nº 7.508/2011 dispõe ainda que o acesso universal e igualitário à atenção em saúde será ordenado pela APS com base em avaliação de risco individual e coletivo, cronologia e especificidades para pessoas com proteção especial, como, por exemplo, a população indígena.

Conforme mencionado, a organização da prestação dos serviços em APS no território é de responsabilidade dos municípios, embora o financiamento seja tripartite. As ações são desenvolvidas em Unidades Básicas de Saúde (Unidades Básicas de Saúde/Centros de Saúde) cujas normas sanitárias são definidas pelo Ministério da Saúde. De acordo com o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, as unidades de APS são compostas por 34.013 Centros ou Unidades Básicas de Saúde e 10.651 Postos de Saúde, que são unidades de menor complexidade, destinada a prestação de assistência a uma determinada população de forma programada ou não, por profissional de nível médio, com a presença intermitente ou ausência do profissional médico. As Unidades Mistas, embora contem com a presença de especialistas, também podem abrigar equipes de APS.

De acordo com dados do Programa para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), no ano de 2012, o SUS contava com 38.000 UBS ativas, ou seja, que foram visitadas por equipes de pesquisadores e de fato encontravam-se em funcionamento. Os números apresentam diferenças em relação ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, cujas informações dependem de constante atualização por parte de prestadores e gestores. Além disso, o CNES apresenta todas as unidades de saúde do país, públicas e privadas. No caso da APS, conforme já mencionado, a quase totalidades dos postos e centros de saúde são públicos.

Tabela 3 – Número total de estabelecimentos de saúde (públicos e privados), Brasil, 2014

Tipo	Nº
Posto de saúde	10651
Centro de saúde/unidade básica	34013
Policlínica	6065
Hospital geral	5204
Hospital especializado	1093
Unidade mista	732
Pronto socorro geral	417
Pronto socorro especializado	130
Consultório isolado	131616
Unidade móvel fluvial	23
Clinica/centro de especialidade	34930
Unidade de apoio diagnose e terapia (SADT isolado)	20349
Unidade móvel terrestre	920
Unidade móvel de nível pre-hospitalar na área de urgencia	3292
Farmácia	1398
Unidade de vigilância em saúde	1768
Cooperativa	325
Centro de parto normal - isolado	14
Hospital/dia - isolado	502
Central de regulação de serviços de saúde	301
Laboratório central de saúde pública LACEN	71
Secretaria de saúde	5458
Centro de atenção hemoterapia e ou hematológica	236
Centro de atenção psicossocial	2330
Centro de apoio à saúde da família	670
Unidade de atenção à saúde indígena	326
Pronto atendimento	760
Polo academia da saúde	735
Telessaúde	48
Central de regulação médica das urgências	208
Serviço de atenção domiciliar isolado (home care)	163
Oficina ortopédica	10
Laboratório de saúde pública	73
Central de regulação	492

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, capturado em 10/02/2014, disponível: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=00

Segundo diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica é recomendado que as Unidades Básicas de Saúde tenham consultório médico/enfermagem, consultório odontológico e consultório com sanitário; sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea; de administração e gerência; de atividades coletivas; de vacinas; de procedimentos; de coleta; de curativos; de observação; área de recepção, local para arquivos e registros e área para dispensação e armazenagem de medicamentos, além de conselhos/colegiados locais, composto por gestores, profissionais de saúde e usuários. Menciona-se também a necessidade de que as unidades tenham identificação visual segundo padrões do SUS e da APS, pactuados nacionalmente (PNAB, 2011).

Entre as iniciativas federais para ampliação e qualificação da APS, está o “Programa de Requalificação das UBS”, que, ao reconhecer a inadequação da infraestrutura, prevê, mediante apresentação de projetos, recursos para reforma, ampliação e construção de novas unidades. O objetivo é que as unidades alcancem padrões adequados para a execução das ações de atenção básica, sendo constituído por dois tipos de incentivos financeiros: componente ampliação (Portaria nº 2.394/2011) e componente reforma (Portaria nº 2.206/2011).

As equipes de APS são compostas, de acordo com a modalidade a que pertencem, por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal, auxiliar/técnico de enfermagem e, no caso das equipes de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde. Também podem fazer parte das equipes outros profissionais em função da realidade local. Em Centros de Saúde “tradicionais” a equipe pode ser composta por especialidades médicas das clínicas básicas (pediatria, ginecologia e clínica geral), profissionais de enfermagem, além de outros profissionais de nível médio e superior, sendo difícil a definição de um padrão.

Desde 2008, também fazem parte da APS, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), formados por equipes multidisciplinares cujo objetivo é ampliar a abrangência, o escopo e a resolubilidade da atenção básica. Atualmente regulamentados pela Portaria nº 2.488/2011, os NASF configuram-se como equipes que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família, as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde.

A composição do NASF vai depender das necessidades de saúde de cada território de atuação das equipes de Saúde da Família, podendo incorporar os seguintes profissionais: médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; pediatra; psicólogo; psiquiatra; terapeuta ocupacional; geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte educador); e sanitarista. Embora os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família façam parte da APS, não constituem unidades de saúde independentes e não desempenham papel de porta de entrada tanto para atendimento individual quanto coletivo, sendo estas demandas reguladas pelas equipes de Saúde da Família.

Atualmente existem 3 tipos de NASF, cuja conformação e carga horária de cada profissional da equipe é definida conforme o número de equipes de Saúde da Família a ele vinculadas: NASF 1 – de 5 a 9 equipes; NASF 2 – 4 a 3 equipes e NASF 3 – de 1 a 2 equipes de Saúde da Família a ele vinculados. Segundo dados de dezembro de 2013, estão implantados cerca de 2.767 NASF em todo o país (tipo 1 – 1864; tipo 2.552 e tipo 3.351).

Tabela 4 – Evolução da implantação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família por modalidade, Brasil, 2008-2014

Modalidade	2010	2011	2012	2013	2014
NASF 1	1.186	1.408	1.536	1.864	2.020
NASF 2	131	156	393	552	610
NASF 3	0	0	0	351	496
TOTAL	1.317	1.564	1.929	2.767	3.126

Fonte: Departamento de Atenção Básica/SAS – Ministério da Saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica também define equipes de APS para atendimento a populações com necessidades específicas. Um delas é a Equipe do Consultório na Rua com responsabilidade exclusiva de prestar atenção integral às populações em situação de rua. Diferente das demais equipes de APS, as de Consultório na Rua têm uma carga horária de 30 horas semanais, que deverá ser distribuída com conformidade com as necessidades dos usuários. A atuação dos profissionais acontece nas ruas, unidades móveis, unidades básicas de referência no território e em articulação com equipamentos de saúde e sociais.

Outras modalidades de APS consideram as especificidades da região amazônica e do estado do Mato Grosso do Sul. Nesta regiões os gestores podem optar entre dois arranjos para organização das equipes de APS: Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas, cujo acesso às comunidades se dá por meio fluvial; e as Equipes de Saúde da Família Fluviais, que desempenham todas as funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (ver caso Borba). Nos dois casos, em áreas endêmicas para malária, as equipes podem contar com microscopista, e as fluviais com técnico de laboratório e/ou bioquímico.

Quadro 3 – Modalidades e composição profissional das equipes de APS, Brasil, 2014

Modalidades e composição profissional das equipes de APS, Brasil, 2014	
Modalidade	Composição
Equipe de Saúde da Família	Médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde
Equipe de Atenção Básica	Pediatra, ginecologista, clínico geral, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, etc.
Equipes de Saúde Bucal I	Cirurgião-Dentista e auxiliar em Saúde Bucal
Equipes de Saúde Bucal II	Cirurgião-Dentista, Auxiliar em Saúde Bucal e Técnico em Saúde Bucal
Núcleo de Apoio à Saúde da Família	Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Pediatra; Psicólogo; Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador), sanitarista ¹

Modalidades e composição profissional das equipes de APS, Brasil, 2014	
Equipes de Consultório na Rua	Enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico; agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal ²
Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas	Médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, microscopista, técnico de laboratório e/ou bioquímico.

1 – Profissionais eleitos de acordo com a modalidade da NASF.

2 – Equipes multiprofissionais que podem se organizar em três modalidades, que incorporam de 4 a 7 dos profissionais apresentados.

A Estratégia Saúde da Família é o principal dispositivo do governo brasileiro para reorganização da APS no país em concordância com os princípios do SUS. Desta forma, possui especificidades em relação ao funcionamento e organização do processo de trabalho de suas equipes. Uma delas é a diretriz que indica a necessidade de que os profissionais de nível superior tenham especialização em Saúde da Família, no caso do médico residência em Medicina de Família e Comunidade, e, sobretudo, atuação generalista. Toda a população adscrita a uma equipe de Saúde da Família deve ser coberta por um Agente Comunitário de Saúde, responsável, no máximo, por 750 pessoas. É recomendado média de 3.000 usuários cadastrados por equipe de Saúde da Família, número que pode variar em função de especificidades e vulnerabilidades do território. Cada profissional será vinculado a somente uma equipe de Saúde da Família, com carga horária de 40 horas. Exceção é permitida no caso do profissional médico, que poderá estar vinculado a até duas equipes, desde que a carga horária semanal não ultrapasse 40 horas. Da carga horária semanal, até 8 horas podem ser dedicadas à prestação de serviços na rede de urgência municipal ou para formação e educação permanente (PNAB, 2011). Já as equipes de Saúde Bucal vinculadas às equipes de Saúde da Família podem ser compostas por cirurgião-dentista generalista e auxiliar de saúde bucal (modalidade I) e também técnico em saúde bucal (modalidade II).

Tabela 5 - Implantação de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal, Brasil, dezembro de 2013

População	Agentes Comunitários de Saúde		Equipe de Saúde da Família		Equipe de Saúde Bucal	
	Nº	% cobertura estimada	Nº	% cobertura estimada	Modalidade I Nº	Modalidade II Nº
193.976.530	257.936	64,74	34.715	56,37	21.016	2.134

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE

Com o objetivo de garantir acesso, vínculo e continuidade, a Política Nacional de Atenção Básica, sobretudo em grandes centros urbanos, recomenda que cada Unidade Básica de Saúde sem Saúde da Família seja referência para, no máximo, 18 mil habitantes, e com Saúde da Família, para 12 mil habitantes.

As equipes de APS realizam ações em todos os campos do cuidado em saúde, como assistência nas especialidades básicas, controle de enfermidades crônicas, atendimento à demanda espontânea e atenção a grupos vulneráveis, bem como atividades no campo da promoção da saúde e prevenção de enfermidades. O rol de serviços e ações no âmbito da APS foram recentemente definidos pela Portaria nº 841/2012, conforme já apresentado.

Tipo de prestador

Os serviços de APS em sua grande maioria (96%) são públicos municipais. Cerca de 57% da população brasileira está coberta por Equipes de Saúde da Família, o que corresponde a aproximadamente 111 milhões de habitantes. Outros modelos de APS também estão presentes no país, conformado por especialidades básicas.

Serviços de primeiro contato

De acordo com o Decreto nº7.508/2011 que regulamenta a organização, planejamento, assistência e articulação interfederativa no SUS são consideradas portas de entrada às ações e serviços de saúde nas redes regionalizadas e hierarquizadas os seguintes serviços: APS, urgência e emergência, atenção psicossocial e “especiais de acesso aberto”. Com base em pactuações nas Comissões Intergestores, poderão ser definidas novas portas de entrada, em função de especificidades regionais. Embora estejam previstas outras portas de entrada no SUS, a APS está colocada como porta de entrada preferencial com vistas a tornar-se o serviço de saúde de procura regular e centro comunicante da Rede de Atenção à Saúde, além de primeira instância de regulação para serviços de maior densidade tecnológica.

O Decreto define ainda que os serviços ambulatoriais especializados e hospitalares deverão ser acessados mediante referência das portas de entrada definidas, embora o acesso universal e igualitário deva ser ordenado pela APS.

Embora se reconheça a existência de outras portas de entrada, a Política Nacional de Atenção Básica (2011) define os serviços de APS como o contato preferencial dos usuários, sendo a principal porta de entrada e centro comunicante de toda a rede, a ser desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, e o mais próxima possível de onde as pessoas vivem. À APS são designadas as funções de acolhimento dos usuários, vínculo e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde, partindo do princípio de que a unidade deve receber e ouvir todas as pessoas que as procuram, de modo universal e sem barreiras de acesso.

Embora se observe certa incorporação do discurso oficial que define as equipes de APS como de primeiro contato, estudos apontam que outros serviços, sobretudo de pronto-atendimento, concorrem pela função de porta de entrada por tensões ainda persistentes entre organização do processo de trabalho para acolhimento de demanda espontânea. Em estudo realizado em três municípios do estado da Bahia, 35% dos usuários afirmaram buscar serviços de urgência/emergência em caso de doença, mesmo em dias de funcionamento das Unidades de APS (Almeida et al., 2014). Resultados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, em 2012, apontam que 93% das equipes de APS reservam vagas para atendimento no mesmo dia, mas 35% dos usuários entrevistados que necessitaram atendimento de urgência afirmaram que não buscaram Unidades Básicas de Saúde para atendimento de urgência por acreditarem que a equipe

não atendia este tipo de demanda (32%) ou que estaria fechada (35%). Também segundo resultados do PMAQ, para acesso às consultas de atenção básica, 31% dos usuários relataram ir até a unidade, pegar uma ficha e enfrentar fila antes de sua abertura (PMAQ, 2012).

Não apenas na APS, mas no SUS não está prevista a livre eleição de serviços e profissionais. O projeto de implantação das equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal deve explicitar o território a ser coberto com base em estimativas da população residente e também critérios de vulnerabilidade, de violência, epidemiológicos, entre outros. A partir do momento de implantação das equipes, a população é automaticamente cadastrada e passa a ter a Unidade Básica de Saúde como sua referência de atenção em saúde no território. É uma das funções do Agente Comunitário de Saúde cadastrar todas as pessoas de sua microárea.

Embora, em geral, seja o Agente Comunitário de Saúde o responsável por visitar os domicílios e realizar o cadastro, é uma atribuição comum a todos os profissionais da equipe mantê-lo atualizado no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). O cadastro oferece também informações que devem ser utilizadas para análise da situação de saúde e planejamento das atividades das equipes, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território.

Tempos de espera na APS

Não há na política nacional a definição explícita de tempos mínimos e máximos para conseguir uma consulta, embora seja clara a diretriz do acolhimento e de mecanismos que assegurem acessibilidade, garantindo que a “(...) unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes” (PNAB, 2011:20). Ainda assim, alguns municípios, têm buscado definir tempos de espera para a APS e outros propõem mudanças radicais na organização do processo de trabalho das equipes de forma a garantir o fim da fila de espera para a APS, conforme será descrito no caso do município de Curitiba (ver caso Curitiba).

Horário de funcionamento das Unidades de APS

Tradicionalmente no país, os horários de funcionamento das Unidades/Centro de Saúde, em geral, é de segunda a sexta-feira, de 8:00 às 17:00 horas. Entretanto, alguns municípios, principalmente em grandes centros, têm estabelecido horários diferenciados de atendimento, tanto à noite quanto aos sábados. Resultados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica mostraram que, segundo os profissionais, a quase totalidade das Unidades Básicas de Saúde funciona 5 ou mais dias na semana e 86% dos usuários avaliaram que o horário de funcionamento atende suas necessidades (PMAQ, 2012). Contudo, cabe ressaltar que no caso do PMAQ, foram entrevistados usuários que já estavam nas unidades buscando ou aguardando por atendimento e que de, alguma forma, conseguem acessá-las em seu horário de funcionamento.

DIMENSÃO 5 – DESIGUALDADES REGIONAIS E SOCIAIS NO ACESSO A APS

Estudos sobre desigualdades sociais no acesso e utilização de serviços de saúde realizados no país mostram que as pessoas que mais necessitam, ou seja, que se concentram nos grupos sociais menos privilegiados, são aquelas que apresentam menos probabilidade de utilizá-los (Travassos e Castro, 2008). De acordo com as autoras, maior renda, escolaridade, cobertura por planos privados, residir em áreas urbanas e nas regiões mais desenvolvidas (principalmente sul e sudeste) são fatores que determinam maior procura e utilização de serviços de saúde.

No país, é expressivo o aumento de cobertura por equipes de Saúde da Família a partir da década de 1990. No período de 1998 a 2006 a cobertura populacional que era de aproximadamente 7% alcançou 46% da população, sendo a ampliação bastante significativa em áreas historicamente desprovidas de serviços de saúde e com indicadores sociais desfavoráveis como é o caso da Região Nordeste, que ainda hoje apresenta a maior cobertura entre as grandes regiões brasileiras. De 2006 a 2014 observa-se ritmo menos acelerado de crescimento, que atualmente apresenta cerca de 57% da população coberta por equipes de Saúde da Família, distribuídas em 5.352 municípios. Também cabe destacar que as coberturas iguais ou superiores a 70% encontram-se nos municípios de renda mais baixa e com IDH baixo ou intermediário.

Tabela 6 – Evolução da população cadastrada na Estratégia Saúde da Família por grandes regiões – Brasil – 2006/2014

Região	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Norte	41,9	42,5	47,3	50,6	51,8	50,9	51,4	52,8	54,4
Nordeste	67,2	67,4	70,6	70,7	72,2	72,5	72,6	75,7	76,6
Sudeste	34,0	34,6	36,9	38,1	39,6	41,9	44,2	44,3	45,2
Sul	37,0	44,9	47,9	49,4	50,4	51,7	53,7	56,5	56,5
Centro-Oeste	44,7	45,9	48,2	49,8	53,0	53,2	54,8	55,7	56,4
Total	46,2	46,6	49,5	50,7	52,2	53,4	54,8	56,4	57,0

Fonte: Departamento de Atenção Básica/SAS – Ministério da Saúde.

Não menos importante foi o aumento expressivo da cobertura em saúde bucal, atenção prestada, até então, predominantemente pelo setor privado, cuja exigência de pagamento representava barreira de acesso para a grande maioria dos brasileiros a este tipo de cuidado. Em janeiro de 2014, estavam implantadas 23.251 equipes de Saúde Bucal em 5.352 municípios.

Uma das características constitutivas dos serviços de APS é o estabelecimento de “porta de entrada”, que significa acesso e utilização dos serviços de atenção primária como primeiro contato com o sistema de saúde diante de cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema, salvo em situações que necessitem de cuidados emergenciais (Starfield, 2002). Sendo esta uma diretriz organizacional do PSF, sua efetivação depende da eliminação de barreiras financeiras, geográficas, temporais, administrativas e culturais de acesso. Desta forma, mecanismos de adscrição de clientela e a implantação das Unidades de Saúde da Família no interior ou próxima às comunidades atendidas de forma capilarizada, são, potencialmente, estratégias para a diminuição de barreiras à acessibilidade como, por exemplo, aquelas relacionadas aos mecanismos formais e informais de exclusão de usuários em função da cor, *status* socioeconômico, e do tipo de diagnóstico

clínico (Donabedian, 1973), uma vez que todos os moradores devem ser cadastrados e acompanhados. Além disso, a proximidade física da unidade em relação à área atendida minimiza os esforços de chegada até o serviço ao diminuir a distância percorrida, o tempo de viagem e custos com o trajeto. Estudo realizado em grandes centros urbanos aponta que de 73% a 89% dos usuários se deslocam a pé até a unidade de saúde (Giovannella et al., 2009).

Além de ser uma estratégia de mudança do modelo assistencial e de ter promovido aumento de acesso da população brasileira à APS, a Estratégia Saúde da Família pode ser considerada uma importante fonte de empregos e de geração de renda não só no setor saúde, visto que, os Agentes Comunitários de Saúde são moradores dos locais onde as equipes atuam está. O valor transferido aos municípios pelo Ministério da Saúde para o pagamento do Agente Comunitário de Saúde é de R\$ 1.014,00, superior ao atual salário mínimo, sendo que as prefeituras podem complementar estes valores. Segundo dados de janeiro de 2014, o país conta com 258.310 ACS, sendo 40% só na região Nordeste.

As desigualdades sociais se expressam também por meio de indicadores de saúde. Em estudo clássico no país, realizado por Macinko et al. (2006), ao analisar o impacto da Estratégia Saúde da Família sobre a Taxa de Mortalidade Infantil, entre os anos de 1990 a 2002, por meio de abordagem ecológica longitudinal, revelaram importante contribuição da ESF na diminuição da mortalidade em menores de 1 ano, estimando que um aumento de 10% na cobertura da ESF poderia levar a um decréscimo de 4,5% na mortalidade infantil.

Rasella et al. (2003), em estudo realizado com base em dados secundários de 2.853 municípios, constatou que o Programa Bolsa Família reduziu em 19,4% a mortalidade geral entre crianças menores de 5 anos nos municípios com alta cobertura, sendo que esta redução foi ainda maior quando considerou-se a mortalidade específica por causas como desnutrição (65%) e diarreia (53%). Os autores constataram também que a associação entre PBF e Estratégia Saúde da Família produzem efeitos sinérgicos na redução da mortalidade em menores de cinco anos. O estudo concluiu que o aumento da renda possibilitada pela transferência de benefícios permite o acesso a alimentos e outros bens relacionados com a saúde. Esses fatores ajudam na redução da pobreza das famílias, melhora as condições de vida, elimina as dificuldades no acesso à saúde e conseqüentemente, contribui para diminuição das mortes entre crianças.

DIMENSÃO 6 – COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS E INTEGRAÇÃO DA APS NA REDE DE SERVIÇOS

A Publicação do Decreto nº 7.508/2011 reafirma o desafio para o processo de regionalização no SUS e considera “as regiões de saúde como espaços estratégicos de articulação interfederativa, com base no planejamento regional integrado e execução das ações e serviços de saúde da população de um determinado território” (Decreto nº7.508/2011). É no espaço das 436 regiões de saúde intraestaduais, instituídas pelos Estados em articulação com seus respectivos municípios, que deverá ser garantido acesso resolutivo, oportuno e de qualidade às ações para promoção, proteção e recuperação da saúde, organizados em Redes de Atenção à Saúde, na qual se articulam atenção básica, vigilância em saúde, atenção psicossocial, urgência e emergência, atenção ambulatorial, especializada e hospitalar. Para garantia da integralidade, poderão ser conformados outros arranjos territoriais, envolvendo mais de uma região de saúde.

Para efetivar o processo de descentralização das ações e serviços no âmbito das regiões de saúde, em uma perspectiva de gestão solidária e cooperativa, de uso mais racional de recursos e minimizando a duplicação de esforços para atingir metas comuns, as Comissões Intergestores Regionais, conforme já mencionado, assumem importante papel na governança regional, cujas decisões devem estar em consonância com as diretrizes estabelecidas nas Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite.

Desta forma, pode-se dizer que a concepção das Redes de Atenção à Saúde, cujo objetivo principal é garantir a integralidade, baseia-se em um entendimento de que os pontos de atenção constituem redes poliárquicas, nas quais os diversos serviços e ações são coordenados pela APS, centro comunicante das redes. Para uso mais racional dos recursos, as RAS se estruturam por meio de arranjos produtivos, conformados por serviços de densidades tecnológicas que variam das de menor densidade (APS), densidade intermediária (atenção secundária) e de maior densidade tecnológica (atenção terciária).

Para efeitos de financiamento, conforme já mencionado, há um bloco de financiamento para a APS e outros para a Média e Alta Complexidade. Para a organização do sistema, a média complexidade no SUS vem sendo compreendida como o: “*locus de produção dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de atenção especializada de menor complexidade tecnológica ou, mais restritivamente ainda, pelos procedimentos especializados de menor valor financeiro incluídos nas tabelas do SUS (SIA e SIH)*” (Solla e Chioro, 2011:639). Os procedimentos especializados ambulatoriais podem ser de média complexidade, de alta complexidade e de alta complexidade sem medicamentos.

O nível da atenção hospitalar caracteriza-se por estabelecimentos de saúde que prestam assistência médica e hospitalar em regime de internação, ainda que, outras unidades de saúde, como unidades mistas, também ofertem leitos para internação, em geral, de baixa densidade tecnológica (Neto et al., 2011).

Redes de atenção à saúde

A implementação das RAS tem como desafio a construção de sistemas integrados de saúde que se articulem em todos os níveis de atenção à saúde, e de forma interfederativa em uma perspectiva de regionalização solidária. No país, observa-se intensificação dos debates em torno da necessidade de maior integração nos serviços de saúde a partir do Pacto pela Saúde (2006), e mais recente com o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP). A Política Nacional de Atenção Básica (2011) também ratifica as RAS como estratégia para alcance de um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população.

No país, está definido um conjunto de critérios para constituição e funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, embora não haja um modelo organizacional único. Na conformação das Redes de Atenção à Saúde estão estabelecidas Redes de Atenção à Saúde Temáticas, organizadas a partir da necessidade de enfrentamento de vulnerabilidades ou agravos específicos. Para responder aos agravos crônicos, devem ser constituídas Redes de Atenção às Doenças e Condições Crônicas, cujos eixos prioritários são: doenças renocardiovasculares, diabetes, obesidade, doenças respiratórias crônicas e câncer (mama e colo de útero).

Os elementos constitutivos são: população; região de saúde; estrutura operacional com os diferentes pontos de atenção – primária (centro comunicante), secundária e terciária; sistemas de apoio, logísticos e de governança; e por fim, o modelo de atenção à saúde, sistema lógico que organiza e orienta a concepção e funcionamento das Redes de Atenção à Saúde.

Para garantir o funcionamento da RAS, está definido um conjunto de atributos:

1. População e território definidos com amplo conhecimento das necessidades de saúde;
2. Mapeamento de todos os serviços de saúde da região;
3. Atenção Primária à Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada preferencial do sistema;
4. Oferta oportuna e adequada de atenção especializada;
5. Existência de mecanismos de coordenação, continuidade e integração assistencial;
6. Atenção à saúde centrada no indivíduo, família e na comunidade, considerando-se as especificidades dos grupos populacionais;
7. Sistema de governança único para toda a rede, com capacidade de planejamento estratégico;
8. Participação social ampla;
9. Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;
10. Suficiência de recursos humanos;
11. Sistema de Informação Integrado que interliga a rede;
12. Financiamento tripartite;
13. Ação intersetorial;
14. Gestão baseada em resultados.

Kuschnir e Chorny (2010) discutem que a organização de redes regionalizadas de serviços de saúde não constitui tema novo na agenda da reforma sanitária brasileira, sendo parte do escopo do planejamento em saúde durante décadas. Tomando como referência experiências internacionais, sobretudo do sistema nacional de saúde britânico, observa-se no *Relatório Dawson*, de 1920, elementos centrais para a organização do sistema de saúde, discutidos até os dias atuais. Entretanto, destacam os autores, por características próprias do processo de descentralização no país, a construção de redes deixou de ser o eixo central de organização dos serviços de saúde, voltando ao debate a partir dos anos 2000. Ressaltam que, dada a diversidade de contextos, não é possível prescrever um modelo organizacional único para as redes, mas que seja qual for, deve estar respaldado por uma política de Estado que estabeleça as redes “como estratégia fundamental para o alcance de serviços de saúde mais acessíveis e integrais, apoiada em um referencial jurídico coerente.” (Kuschnir e Chorny, 2010:2314).

Por fim, apontam alguns desafios à conformação de redes regionalizadas no SUS que parecem ainda carecer de respostas e enfrentamentos. Perguntam-se: Como combinar nosso peculiar modelo de federação trina com descentralização da responsabilidade sanitária para o nível local, e ao mesmo tempo, fortalecer as redes regionalizadas? Qual o grau de autossuficiência dos serviços que compõem as regiões de saúde? Como construir espaços de governança regional e definir as responsabilidades de cada ente federado? (Kuschnir e Chorny, 2010).

Neste sentido, percebem-se avanços em alguns campos e impasses em outros. As Comissões Intergestores Regionais constituem-se como lócus privilegiado de governança regional e fortalecimento das redes de saúde, embora alguns estudos apontem que apresentam um padrão de governança *conflitante* na relação entre os atores e com institucionalidade *intermediária*, evidenciada por incipiente maturidade regional e integração entre os atores caracterizada carência de instrumento regional de planejamento e investimento, rotatividade dos secretários de saúde, baixa autonomia dos secretários de saúde perante o executivo municipal, indução das pautas pelo estado e Ministério da Saúde em detrimento do planejamento e debate das questões locorregionais, e permeabilidade aos interesses privados e as interferências político-partidárias nas práticas profissionais, que contrariam as possibilidades de construção de redes regionalizadas em uma perspectiva solidária (Santos, 2013).

Em relação ao grau de suficiência dos serviços de saúde que compõem as regiões de saúde do país, um dos programas de avaliação empreendidos pelo Ministério da Saúde – Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde – realizado por meio de indicadores de “acesso potencial” e “acesso obtido”, distribuídos entre atenção básica, ambulatorial e hospitalar e urgência e emergência, sugerem problemas de acesso à atenção ambulatorial e hospitalar de média e de alta complexidade, com baixo desempenho em todas as regiões de saúde, embora a deficiência da atenção especializada seja maior no Norte, Nordeste e Centro Oeste em comparação às Regiões Sudeste e Sul. Entre os municípios avaliados à época, 76% não possuíam e 22% possuíam pouca estrutura de atenção especializada (ambulatorial e hospitalar), o que já representaria grande desafio à conformação de Redes de Atenção à Saúde

minimamente resolutivas. A APS apresentou melhor desempenho em relação à atenção especializada, conforme resultados que refletem o período de 2007 a 2010 (Reis et al., 2012).

Papel dos serviços de APS na Rede de Atenção à Saúde

Embora seja orientada a relação horizontal entre os níveis e pontos de atenção à saúde, não significa que um deles não deva ser priorizado - considerando investimentos e alocação de recursos. A lógica de organização do SUS em redes de atenção reafirma o papel da APS como a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde, responsável por coordenar o percurso terapêutico dos usuários pelos pontos da rede quando suas necessidades de saúde não puderem ser respondidas somente por ações e serviços deste nível, mantendo o vínculo e a continuidade da atenção. A posição estratégica da APS, fortalecida em seus atributos essenciais, objetiva potencializar a garantia da integralidade, continuidade, eficiência e eficácia do sistema de saúde.

Este pressuposto considera que, quando os atributos da APS estão plenamente desenvolvidos, obtêm-se melhores resultados econômicos e sanitários em termos de eficácia, continuidade e integralidade na atenção à saúde.

De acordo com a PNAB (2011) considerando o contexto de reestruturação do sistema de saúde segundo formato de redes de atenção, há funções prioritárias da APS, as quais contribuirão para o adequado funcionamento da Redes de Atenção à Saúde:

1. Ser a base: presente em todos os municípios de modo mais descentralizado e capilarizado possível;
2. Ser resolutiva: capaz de gerar diagnóstico sanitário e situacional da população que vive no território sob sua responsabilidade, considerando riscos, necessidades e demandas de saúde;
3. Coordenar o cuidado: atuando como centro de comunicação entre os diversos pontos e níveis de atenção, acompanhando e organizando o fluxo dos usuários, com o objetivo de produzir gestão compartilhada da atenção integral por meio da apropriação de ferramentas de micro gestão do cuidado como protocolos clínicos, linhas de cuidado, gestão da lista de espera, entre outras. Além disso, deve articular também outras estruturas, como os sistemas logísticos e de apoio, relações intersetoriais e participação social da comunidade;
4. Ordenar as redes: a APS deve organizar as necessidades sanitárias da população sob sua responsabilidade em relação ao acesso aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços ofertados seja baseada na real necessidade de saúde da população.

Função de filtro do médico que atua na APS

No SUS não está regulamentada a função de filtro pelo médico que atua na APS (Giovannella, 2013). Entretanto está definido que os serviços de atenção hospitalar e especializado só poderão ser acessados por meio de referência das “portas de entrada”, quais sejam: APS, atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial e “especiais de acesso aberto”. A Portaria nº 7.508/2011 ainda institui que, mediante justificativa técnica, pactuada na respectiva Comissão Intergestores, poderão ser criadas novas portas de entrada a depender da característica da região de saúde.

Processo de referência para a atenção especializada

Apartir do diagnóstico da população adscrita, as ações e serviços de saúde devem ser planejados e executados. De acordo com suas necessidades, as pessoas podem ser atendidas em diferentes pontos de atenção com base em encaminhamentos realizados pelas portas de entrada do SUS, processo chamado de referência, uma vez que os serviços de maior densidade tecnológica não constituem serviços de primeiro contato. Uma vez atendido em outros serviços e estabelecimentos de saúde, deve ser realizada contrarreferência do usuário para a equipe de APS para continuidade do cuidado. Portanto, a APS tem como função coordenar e integrar os fluxos e contrafluxos dos usuários, produtos e informações, entre todos os pontos de atenção à saúde, tornando-se, assim, o centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde. Nesta perspectiva, a APS representaria o início (porta de entrada preferencial), meio (referência) e o fim (longitudinalidade) da atenção à saúde da população, o que torna essenciais estratégias para sua qualificação e valorização.

Em geral, o processo de regulação da oferta de atenção especializada é realizado por meio de Centrais de Regulação, que podem ser municipais, regionais ou estaduais. No país, há uma variedade de sistemas informatizados que executam esta função, sendo que alguns são desenvolvidos pelos próprios municípios. Na avaliação PMAQ em 2012, 99% das equipes participantes referiram ter uma central de marcação de consultas especializadas e 95,5% uma central de regulação de exames, o que demonstra institucionalidade de mecanismos de ordenação dos fluxos assistenciais no SUS (PMAQ, 2012).

Há determinação para que sejam organizados fluxos, que irão depender da disponibilidade e configuração das ações e serviços nas regiões de saúde. Não há um instrumento único para utilização em todo o país. Ainda assim, resultados do PMAQ-AB 2012 informam que apenas 58% das equipes de Saúde da Família possuíam documentos contendo as referências e fluxos do território (PMAQ-AB, 2012). Embora não se possa afirmar que não haja fluxos estabelecidos, a grande proporção de equipes que não possuem documentos com diretrizes e definição de fluxos pode indicar baixo grau de institucionalização das normas, presença de fluxos informais, insuficiente integração da APS à rede, entre outros.

O grau de informatização também é variável. Em alguns municípios a disponibilidade de oferta de atenção secundária pode ser acessada desde o consultório médico ou UBS o que possibilita ao profissional proceder a marcação.

Na maior parte dos casos, documentos impressos são preenchidos pelo profissional da APS e encaminhados às centrais de regulação para marcação dos procedimentos. A data e horário, nestes casos, na maior parte das vezes são comunicados aos usuários pelas equipes de Saúde da Família. Também segundo resultados do PMAQ-AB (2012), 49% dos usuários informaram que quando necessitam de referência ao especialista, a consulta é marcada pela unidade de saúde e a data e horários posteriormente informados. Todavia, um quinto dos usuários (19%) referiu receber a ficha de encaminhamento e ter que buscar diretamente o serviço especializado. Em geral, a atenção especializada é ofertada em centros públicos de especialidades, policlínicas, entre outras, e também na rede privada contratada ou conveniada ao SUS.

A oferta de atenção hospitalar encontra-se mais concentrada em grandes centros, sobretudo a de maior complexidade, o que exige, em geral, regulação realizada pelo Estado. Dois terços (72%) dos leitos existentes no país são disponíveis para o SUS, todavia, a maior parte dos leitos hospitalares no Brasil é privada (65%). Para atenção hospitalar há demandas urgentes que podem ser encaminhadas diretamente pelas equipes de APS; em casos de cirurgias eletivas por profissionais de rede de referência.

Regulação assistencial

No Brasil, a Portaria nº 1.559/2008 instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS, cujas ações estão organizadas em três dimensões de atuação, integradas: regulação de sistema de saúde que define macrodiretrizes para a regulação dos sistemas de saúde; regulação da atenção à saúde exercida pelas secretarias municipais e estaduais para garantia da adequada prestação de serviços; e a regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial com a função de organizar, controlar, gerenciar, priorizar o acesso e definir os fluxos assistenciais, sendo estas funções exercidas pelo complexo regulador e suas unidades operacionais.

Pelo processo de regulação assistencial deve ser ofertada a alternativa mais adequada às necessidades do usuário por meio de atendimento às urgências, consultas, internações e demais ações necessárias. Para tal, há necessidade de definição e padronização de protocolos assistenciais com os fluxos de referência e contrarreferência que podem ter abrangência local, intermunicipal e interestadual organizados em estruturas denominadas Complexos Reguladores com abrangência estadual que regulam o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e a referência interestadual e o Complexo Regulador Regional que intermediam o acesso no âmbito da região de saúde. O Complexo Regulador Municipal regula o acesso da população às unidades de saúde sob gestão municipal. O complexo regulador está organizado em Central de Regulação de Consultas e Exames, de Internações Hospitalares e de Urgência.

Em toda esta estrutura, cabe aos municípios viabilizar a regulação do acesso a partir da APS, promovendo capacitação, ordenação de fluxo, aplicação de protocolos e informatização, conforme informado acima. Também é função

do município realizar e manter atualizado o cadastro de usuários e dos estabelecimentos e profissionais de saúde.

Estratégias de gestão clínica

Outro elemento constitutivo das Redes de Atenção à Saúde são as ferramentas de micro-gestão dos serviços, definidos localmente e que considerem a realidade e os determinantes de saúde específicos de um território. A Portaria nº 4.279/2010, que estabelece as diretrizes para organização das RAS, define algumas ferramentas de gestão clínica como:

1. Diretrizes clínicas: recomendações desenvolvidas de modo sistemático, baseadas em evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde, que orientam decisões dos profissionais de saúde em um caso clínico, envolvendo ações de prevenção, promoção e assistência. São conhecidas como protocolos ou linhas-guia. Viabilizam a comunicação entre as equipes e serviços, e orientam as Linhas de Cuidado;
2. Linhas de Cuidado: forma de articulação de recursos e práticas de saúde, orientadas pelas diretrizes clínicas, entre os pontos de atenção de uma região, com acolhimento e condução dos usuários pelas possíveis vias de diagnóstico e tratamento nas Redes de Atenção à Saúde. Objetiva garantir o contínuo assistencial e devem ser implementadas a partir da APS, responsável pela coordenação do cuidado e ordenamento da rede;
3. Gestão da condição de saúde: processo que envolve a superação do modelo de atenção focado no indivíduo, utilizando procedimentos curativos e reabilitadores, para uma abordagem baseada na população adscrita, que identifica indivíduos em risco de adoecer ou adoecidas. Tem foco na promoção da saúde e/ou na ação preventiva, com intervenção precoce a fim de alcançar resultados satisfatórios com custos reduzidos. A gestão de riscos coletivos e ambientais passa pelas ações de vigilância;
4. Gestão de caso: processo que se desenvolve entre o profissional de saúde, responsável pelo caso, e o usuário, visando ao planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde, de acordo com as necessidades do indivíduo, de forma a prestar atenção de qualidade e humanizada;
5. Auditoria clínica: análise crítica e sistemática da qualidade da atenção à saúde, incluindo os procedimentos para diagnóstico e tratamento. Não pode ser confundida com a auditoria realizada pelo Sistema Nacional de Auditoria;
6. Lista de espera: tecnologia que estabelece o ordenamento dos usuários dos serviços em determinados pontos de atenção à saúde, partindo de critérios claros de necessidades e riscos, de modo a garantir a transparência deste processo nos sistemas de saúde.

Embora estejam definidos instrumentos de micro-gestão da clínica, a implantação e utilização pelas equipes ainda é baixa. Apenas 43% das equipes avaliadas possuem protocolos para definição de prioridades de encaminhamento, sendo que em torno de 50% os possuem para casos de câncer de colo de útero e de mama, prioridades em saúde na política nacional. Ainda assim cerca de 70% das equipes de Saúde da Família possuem protocolos clínicos para condições como câncer de colo de útero, pré-natal, hipertensão e diabetes (PMAQ, 2012).

Continuidade Informacional

No país há iniciativas variadas de implantação de prontuários eletrônicos por meio de projetos municipais, embora a maior parte dos serviços de saúde utilize prontuários manuscritos e guias de referência e contrarreferência de preenchimento manual para a garantia de continuidade informacional. Segundo resultados do PMAQ-AB, apenas 14% das equipes de Saúde da Família avaliadas utilizam prontuários eletrônicos (PMAQ, 2012). Estudos apontam que ainda é baixo o número de profissionais da rede de referência para a APS que recebem contrarreferência e que, em geral, os profissionais deste nível se consideram menos valorizados que aqueles dos demais níveis de atenção (Almeida et. al, 2010).

Por parte do gestor federal, duas iniciativas podem ser destacadas no sentido de garantir o registro, análise e continuidade das informações clínicas e também promover maior diálogo entre profissionais da APS e das demais especialidades.

O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional e faz parte do processo de informatização do SUS. O e-SUS, disponibilizado por meio de software público, é um sistema de apoio à gestão do processo de trabalho que pode ser utilizado diretamente pelos profissionais da APS, inclusive NASF, Consultório de Rua, Atenção Domiciliar, Academia da Saúde e Programa Saúde na Escola.

O prontuário eletrônico permitirá que a coleta de dados seja parte da atividade cotidiana dos profissionais da APS, e não uma atividade em separado, como acontece atualmente. Também possibilitará individualizar os registros, ao mesmo tempo em que se produz informação integrada, reduzindo-se o trabalho de coleta de informação por meio de vários instrumentos e sistemas não integrados. Por meio do e-SUS será possível alimentar o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Todavia, estes projetos encontram-se em fase bastante incipiente de implementação e enfrentarão problemas relacionados à informatização e conectividade dos serviços de saúde.

A outra iniciativa que visa aproximar trabalhadores da APS e da atenção especializada com vista à qualificação da APS é o Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes.

Tanto para viabilizar o e-SUS quanto o Telessaúde, no Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde há um componente de financiamento para apoio à informatização.

Filas de espera para a atenção especializada

No país, é reconhecida a existência de filas de espera para a atenção especializada, considerada por muitos gestores o grande gargalo do SUS (Almeida et. al, 2010). As causas identificadas são de diversas ordens: baixa resolubilidade da APS, que vem sendo enfrentada por meio das diversas iniciativas para qualifica-la; insuficiente oferta de atenção especializada; valores pagos pelos procedimentos especializados; problemas de integração da rede; pressão da demanda por atendimento especializado; absenteísmo; baixa oferta de especialistas em algumas áreas; entre outras.

O monitoramento das filas de espera não é uma prática institucionalizada e depende da organização de cada sistema municipal de saúde. Municípios que adotaram o SISREG ou outros sistemas informatizados de regulação podem ter acesso às listas de espera. Tanto as taxas de referência quanto sua qualidade também podem ser monitoradas pelos municípios a depender do grau de organização dos complexos de regulação.

Internações por Condições Sensíveis à APS

As Condições Sensíveis à Atenção Primária em Saúde (CSAP) são agravos à saúde cuja morbidade e mortalidade pode ser reduzida por meio de uma APS oportuna e eficaz, constituindo-se um indicador indireto de avaliação do funcionamento e resolutividade da APS. O conjunto desses problemas de saúde está definido a partir de uma lista de CSAP que representa eventos que poderiam ser evitados, em sua totalidade ou em parte, pela presença de serviços efetivos de saúde.

No país, a primeira lista nacional das internações por condições sensíveis à APS foi elaborada em 2007, com base em listas já existentes em estados, revisão bibliográfica e reunião de consenso entre pesquisadores, gestores e especialistas no tema. Em seguida, esta lista foi encaminhada para a Sociedade Brasileira de Saúde da Família e Comunidade e colocada em consulta pública pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Após este processo, foi elaborada a versão final da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, definindo grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (Alfradique et al., 2009).

Com base neste processo, em 2008, a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, publicou a Portaria nº221/2008, que define a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, listadas por grupos de causas de internações e diagnósticos, que poderá ser utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar e para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal.

A lista é subdividida em 19 grandes grupos de acordo com a CID-10:

1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis;
2. Gastroenterites Infeciosas e complicações;
3. Anemia;
4. Deficiências Nutricionais;
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta;
6. Pneumonias bacterianas;
7. Asma;
8. Doenças Pulmonares;
9. Hipertensão
10. Angina
11. Insuficiência cardíaca;
12. Doenças Cerebrovasculares;
13. Diabetes Mellitus;
14. Epilepsias;
15. Infecção no Rim e Trato Urinário;
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo;
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos;
18. Úlcera gastrointestinal;
19. Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto.

A lista final que compõe os grupos de diagnósticos representava, em 2006, 28,3% do total de internações realizadas pelo SUS. As gastroenterites e complicações, insuficiência cardíaca e asma corresponderam a 44,1% deste total. Segundo Alfradique et al. (2009), de 2000 a 2006, as internações por condições sensíveis à atenção primária no país caíram 15,8%, sendo maior que o declínio observado em relação às demais condições. Alguns estudos realizados do país sugerem relação entre implantação da Estratégia Saúde da Família e redução nas internações por diabetes e aumento daquelas relacionadas ao pré-natal e parto no estado de São Paulo (Rehen e Egry, 2011).

Coordenação dos cuidados pela APS

Resultados de estudos realizados no país apontam que as iniciativas para fortalecer a APS e integrá-la à rede estão vinculadas à ampliação da acessibilidade, consolidação da função de porta de entrada, aumento da capacidade resolutiva

e da articulação entre ações 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 Básica de Saúde o serviço de uso regular (Almeida, 2011). As barreiras de acesso ao pronto atendimento nos serviços de APS são uma importante fragilidade dos sistemas de saúde latinoamericanos, agravada pelos horários de funcionamento dos centros de saúde, incompatíveis com a vida laboral; pelas longas filas de espera; pela baixa resolutividade; 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 busquem atendimento em unidades de urgência.

A baixa credibilidade e o insuficiente reconhecimento dos profissionais de atenção primária representam obstáculo à coordenação dos cuidados por esse nível de atenção. Como medidas para integrar a APS aos demais serviços da rede de saúde estão sendo realizados investimentos em sistemas informatizados e descentralizados que permitem que a regulação seja iniciada nos centros de saúde (como o e-SUS), organização dos fluxos para a atenção especializada com acesso exclusivo por meio de referência do médico da atenção básica, monitoramento das filas de espera em alguns municípios, implantação de protocolos clínicos e prontuários eletrônicos. Ainda assim, a insuficiência na oferta de atenção especializada, agravada pela pouca integração entre prestadores de diferentes níveis de governo e forte dependência do setor privado na prestação de serviços especializados é uma barreira. A quase ausência de contra-referência também minimiza as possibilidades de coordenação dos cuidados pela equipe de APS (Almeida, 2010).

DIMENSÃO 7 – FORÇA DE TRABALHO EM APS

No Brasil, as profissões de saúde são auto-reguladas, ou seja, tanto o registro profissional quanto a prática dos trabalhadores são definidas pelos conselhos profissionais, entes de natureza pública não estatal, regulamentados por lei, com função de supervisão de aspectos éticos e legais da prática da profissão (Conselho Federal de Medicina, de Enfermagem, de Psicologia, entre outros) (Giovanela, 2013).

De acordo com Hamann, Shimizu e Bermúdez (in Giovanela, 2013) o Conselho Federal de Medicina atua no planejamento e definição dos cursos de graduação e residência, cuja regulação da formação é de responsabilidade do Ministério da Educação. Somente a partir do final dos anos 2000 o Ministério da Saúde passou a ter algum grau de influência na definição das vagas de especialidades em medicina, embora o texto constitucional defina que o SUS deve ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde.

Aprovadas, em sua maioria, entre 2001 e 2002, as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em saúde definem que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral. Neste sentido, as instituições formadoras não podem ser independentes da regulação e direção política do Estado, sendo papel dos governos, sobretudo do federal, desenvolver políticas que induzam as instituições formadoras ao cumprimento de seu papel social.

No Brasil, a insuficiente valorização e reconhecimento dos profissionais de APS bem como a falta de tradição na formação de generalistas por parte das instituições de ensino é um importante obstáculo para a consolidação da Estratégia Saúde da Família. A especialidade de Medicina de Família e Comunidade foi reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina somente no ano de 2002. A partir dos anos 2000, o Ministério da Saúde passou a incentivar a abertura de residências e especializações na área de saúde da família e algumas escolas de medicina passaram a orientar a formação em direção aos princípios da APS.

Especialidade médica para APS

A especialidade de Medicina Geral e Comunitária foi reconhecida pelo Ministério da Educação, por intermédio da Comissão Nacional de Residência Médica em 1981, embora desde 1976, houvesse programas de formação específica em Porto Alegre (Murialdo), Rio de Janeiro (Universidade Estadual do Rio de Janeiro) e Recife (Universidade Federal de Pernambuco). Conforme já mencionado, em 2002, por meio de proposta apresentada pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade ganhou nova nomenclatura – Medicina de Família e Comunidade – por intermédio de uma resolução conjunta do Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira e Comissão Nacional de Residência Médica, apesar da resistência corporativista de algumas áreas.

No país, o Conselho Federal de Medicina atua no planejamento e definição dos

cursos de graduação e residência médica. À Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), criada em 1977, vinculada ao Ministério da Educação, cabe a regulação, supervisão e avaliação da residência médica no país, cujo princípio deveria ser atender às necessidades do SUS. Contudo, conforme destaca Carvalho e Souza (2013) em relação à CNRM há certa submissão às regras do mercado, que acaba se tornando o principal indutor das escolhas deste profissional na escolha da residência médica. As autoras destacam que a ausência de regulação estatal traz consequências como alto percentual de ociosidade na ocupação de vagas da Residência de Medicina de Família e Comunidade, chegando a, aproximadamente, 70%, sobretudo por não ser atrativa do ponto de vista do mercado, por não configurar uma exigência para atuação nos serviços de APS e, ao mesmo tempo, representar um campo de trabalho majoritariamente em serviços públicos, pouco valorizados do ponto de vista social e econômico.

Composição das equipes de APS

De acordo com os princípios de reorganização da APS, um ponto fundamental é que o processo de trabalho se pautar na ação multiprofissional e interdisciplinar. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica: *“O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho”* (PNAB, 2011:38).

Conforme já mencionado, as equipes multiprofissionais de APS podem ser conformadas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal, auxiliar/técnico de enfermagem e, no caso das equipes de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, além de especialidades médicas das clínicas básicas (pediatria, ginecologia e clínica geral) nas unidades básicas “tradicionais”. Fazem parte da APS as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, e equipes com uma configuração diferenciada para atendimento à população ribeirinha e também população de rua.

Nível de formação e principais ações dos profissionais integrantes das equipes APS

A Política Nacional de Atenção Básica (2011) estabelece características gerais do processo de trabalho das equipes que incluem: definição do território de atuação; programação e implementação das ações em conformidade com as necessidades de saúde de forma a facilitar o acesso e não por patologia ou ciclo de vida; priorização de grupos mais vulneráveis; acolhimento com escuta qualificada; realização de ações dentro na Unidade Básica de Saúde e em outros espaços comunitários; desenvolvimento de ações educativas que favoreçam

a autonomia do usuário; planejamento local em saúde e a prática do controle social; intersetorialidade; e realização de atenção domiciliar. Percebe-se ênfase nas ações que ampliem o acesso do usuário aos serviços de atenção básica, com atendimento à demanda espontânea e atendimento às primeiras urgências, em detrimento da tradicional organização por ações programáticas e também ênfase na atenção prestada fora das UBS, tanto no que se refere às ações intersetoriais quanto ao atendimento domiciliar.

A Política Nacional de Atenção Básica define ainda um conjunto de atribuições comuns a todos os profissionais que prevê participação da equipe na territorialização, mapeamento e cadastramento dos usuários adscritos; garantia de atendimento integral; realização de acolhimento e busca ativa; coordenação dos cuidados; educação permanente; entre outras.

As atribuições específicas do enfermeiro assemelham-se às do médico e incluem atenção integral a indivíduos e famílias na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio; realização de consultas de enfermagem; solicitação de exames complementares, prescrição de medicações e referência de acordo com protocolos e observadas as disposições legais da profissão; atendimento à demanda espontânea e programada; planejamento e avaliação das ações dos Agente Comunitário de Saúde junto a outros membros da equipe; realização de atividades de educação permanente; e participação no gerenciamento dos insumos. As atribuições do profissional médico, definidas pela PNAB, são bastante semelhantes ao do enfermeiro, diferindo-se em relação à realização de pequenos procedimentos cirúrgicos; e maior responsabilidade pela referência a outros pontos de atenção, inclusive nos casos de internação. A gestão dos insumos necessários ao funcionamento do serviço deve ser compartilhada pela equipe.

Formas de contratação e vínculos de trabalho dos profissionais de APS

Os profissionais de atenção básica são contratados pelos municípios e os vínculos estabelecidos são diversos. Entretanto, a maior dificuldade para contratação e fixação de profissionais para a APS acontece em relação aos médicos, cuja concentração nos grandes centros e escassez dificulta a implantação e sustentabilidade dos serviços de APS, sobretudo, nas regiões norte, nordeste, interior do país, periferias e áreas de violência nas grandes cidades.

Parcerias com instituições da sociedade civil são estabelecidas no âmbito da APS, principalmente para a contratação dos profissionais e trabalhadores das equipes. No Brasil, tradicionalmente, a APS tem sido responsabilidade direta do Estado, embora, a partir de 1990, com o avanço da implementação da Estratégia Saúde da Família, formas de contratação dos profissionais têm sido viabilizadas por meio de parcerias entre o poder público e entidades filantrópicas e sem fins lucrativos. Segundo Carneiro Júnior et al. (2011) desde o início, a Estratégia Saúde da Família foi marcada pela flexibilização das relações de trabalho para conformação das equipes, recorrendo a formas alternativas de contratação de recursos humanos justificadas, inicialmente, pela singularidade do trabalho do agente comunitário de

saúde, que deveria pertencer ao território de implantação da equipe. Segundo os autores, a flexibilização das relações de trabalho viabilizou parcerias entre municípios e os mais diversos tipos de entidades como Organizações Não Governamentais, Cooperativas, Associações de Moradores, Fundações de Apoio, Associações Religiosas, Organizações Sociais e Fundações Estatais entre outras, inicialmente restrita à contratação dos profissionais e, mais recentemente, para gerenciamento e prestação direta dos serviços, como se observa, sobretudo, em grandes municípios como Rio de Janeiro e São Paulo (Carneiro Júnior et al., 2011). Segundo resultados do PMAQ-AB (2012), 29% dos profissionais das equipes de atenção básica ainda são contratados por meio de contratos temporários, em sua maioria, caracterizados pela não garantia dos direitos trabalhistas.

Em geral, a principal forma de remuneração dos trabalhadores da APS e de saúde como um todo é o pagamento de salários. Algumas iniciativas locais estabelecem pagamentos de adicionais por desempenho, não sendo esta uma prática comum. Complementar aos salários, também há municípios que oferecem adicionais a profissionais que atuam em áreas de maior vulnerabilidade ou muito distantes.

Disponibilidade de profissionais para a APS

O Brasil, para o ano de 2010, apresentava uma relação de 1,86 médicos por 1.000 habitantes, com distribuição bastante desigual entre as grandes regiões, sendo 0,9 no Norte, 1,09 no Nordeste, 2,51 no Sudeste, 2,06 no Sul e 1,76 na Região Centro-Oeste (IDB, 2010).

Dados do estudo “Demografia médica no Brasil” (2013), realizado pelo Conselho Federal de Medicina com base no registro ativo de profissionais nos respectivos Conselhos Regionais de Medicina, mostra que dos 388.015 médicos com registro ativo no Conselho Regional de Medicina no ano de 2012, 207.879 (53,5%) são especialistas e 180.136 (46,5%) profissionais que não realizaram residência médica. A relação médico por 1.000 habitantes seria um pouco maior – 2,0 – segundo o mesmo estudo. A pesquisa aponta também que a grande maioria dos médicos sem residência é formada por jovens, com 29 anos ou menos. Cerca de 81% dos profissionais nessa faixa etária não têm título de especialista, e muitos ainda estão cursando a Residência Médica. Especialidades como Clínica Médica, Cirurgia Geral e Medicina da Família têm médicos mais jovens, em geral. O número de médicos com Residência em Medicina de Família e Comunidade representa 1,3% (2.632) dos 204.563 médicos com residência entre as 53 especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Regional de Medicina, percentual menor que aqueles com residência em cirurgia plástica (1,96%), por exemplo. Outro resultado mostrado pelo censo é que, espacialmente, onde se concentram médicos em geral, também estão concentrados os especialistas e as vagas de residência médica (Demografia Médica no Brasil, 2013).

Estratégias para permanência de profissionais em zonas desfavorecidas e remotas

Somente a partir do ano de 2011, o Ministério da Saúde junto ao da Educação empreenderam uma série de medidas para atrair profissionais, sobretudo médicos, para localidades de difícil fixação. Destaca-se a seguir as principais medidas do governo brasileiro para atrair e fixar profissionais para a APS:

1. O Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES);
2. Convocação de médicos estrangeiros para o provimento e intercâmbio de experiências no escopo do programa “Mais médicos para o Brasil”. A vinda de médicos estrangeiros para o país é viabilizada por meio de termo de cooperação internacional com o governo brasileiro e revisão do processo de revalidação de diplomas no Brasil, o Revalida. A iniciativa terá, em princípio, duração de três anos, sendo o Ministério da Saúde responsável pelo pagamento do médico por meio de bolsa-formação no valor de R\$10.000,00 mensais, e os municípios pela oferta de moradia, alimentação, deslocamento e condições de trabalho. As vagas demandadas pelos municípios são prioritariamente oferecidas aos profissionais brasileiros, em caso de não preenchimento, são aceitas candidaturas de estrangeiros. A carga horária é de 40 horas semanais em Unidades Básicas de Saúde, que prevê também participação em curso de especialização em Instituição de Ensino Superior. Para os intercambistas não é permitida atuação fora do Programa;
3. Em parceria entre Ministério da Educação e Ministério da Saúde está prevista a abertura de 11.500 vagas em cursos de medicina no país até 2017, sendo que, deste total, 2.415 já foram criadas com previsão de implantação até 2014. A ampliação da oferta de vagas de cursos de medicina em determinada localidade prevê a existência de três Programas de Residência Médica em especialidades prioritárias para o SUS; disponibilidade de rede de serviços de saúde em condições de funcionamento; cinco leitos por aluno; mínimo de uma equipe de APS para cada três alunos; e existência de leitos de urgência e emergência ou pronto-socorro;
4. Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) para médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentista que aceitarem atuar durante 12 meses em periferias de grandes cidades, municípios do interior, em áreas remotas como a Amazônia Legal, semiárido nordestino ou áreas com populações indígenas. O profissional médico que participa do Programa recebe bolsa de R\$ 8.000,00 mensais, custeada pelo Ministério da Saúde, proveniente de recursos do Piso de Atenção Básica Variável e cursam pós-graduação em Saúde da Família. Os médicos com avaliação de desempenho superior a 7,0 ganham 10% de pontuação adicional para as provas de residência médica. O objetivo é promover imersão do profissional na APS, com vistas à formação de profissionais mais comprometidos com o SUS. Os médicos participantes do PROVAB são inseridos em equipes de Saúde da Família, sendo 32 horas semanais dedicadas ao cuidado e 8

horas às atividades pedagógicas da Especialização em Saúde da Família, curso à distância, oferecido pela Universidade Aberta do SUS (UnA-SUS).

5. Expansão de residências médicas, com previsão de abertura de 12.000 novas vagas até o ano de 2017, cujo objetivo é equiparar os postos de especialização à quantidade de formandos. As vagas serão abertas em áreas prioritárias para o SUS como pediatria, psiquiatria, obstetrícia, ginecologia, Medicina de Família e Comunidade, entre outras. A ampliação das vagas dos cursos de graduação em áreas com maior necessidade de profissionais será seguida pela ampliação das vagas de residência na mesma localidade, visto que a oferta de residência aliada à graduação é associada à fixação do profissional médico.
6. Ampliação do investimento em infraestrutura para ampliação, construção e reforma de hospitais, Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Pronto-Atendimento. No campo da APS, destaca-se o “Programa de Requalificação das UBS”, mencionado anteriormente.

Todas estas iniciativas, implementadas em tempos diferenciados, segundo Carvalho e Souza (2013) compõem parte do escopo da política de fortalecimento da Atenção Básica do Governo Federal.

Para as autoras (2013) há consenso entre os gestores públicos acerca da escassez de médicos no país, bem como de vazios assistenciais decorrentes deste problema. Mencionam que no Encontro de Prefeitos ocorrido em Brasília no ano de 2013, a Frente Nacional de Prefeitos criou uma campanha intitulada “**cadê o médico?**”, que cobrava do governo federal medidas para o provimento de profissionais em distintas regiões. Entre as propostas apresentadas estava a flexibilização das regras para a entrada de médicos estrangeiros para atuarem na APS.

Quanto ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, outra medida para suprir a carência de médicos, especialmente, para os locais mais distantes, Feuerwerker (2013) enfatiza que a iniciativa é válida, no sentido de que é premente a necessidade de intervenção diante de um mercado de trabalho superaquecido e da necessidade de atrair médicos para a Estratégia Saúde da Família. Contudo, a autora destaca que “*o processo não é de valorização da atenção básica, já que o principal atrativo para os jovens médicos é, exatamente, o acréscimo na nota nos concursos para residência (por meio dos quais ascendem às especialidades e se distanciam da atenção básica)*” (Feuerwerker, 2013:930).

Formação para a APS

No país, a educação é regida pela Lei de Diretrizes e Bases (Lei nº9394/96). Baseada no princípio do direito universal à educação para todos, a LDB de 1996, vem sofrendo atualizações ao longo dos anos. Nesse sentido, a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da área da saúde em geral, em 2001 e 2002, vem de encontro à necessidade de formação de profissionais em conformidade com o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral

em um sistema regionalizado e hierarquizado, e o trabalho em equipe. Apesar da Constituição Federal de 1988 atribuir ao SUS a responsabilidade de ordenar a formação profissional na área da saúde, este princípio não tem se traduzido em uma prática institucional.

A Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGETS), criada em 2003, é o órgão do Ministério da Saúde que vem apoiando técnica e financeiramente, ações que induzam a ligação entre educação e trabalho, com a integração ensino-SUS. O eixo condutor que busca sinergia entre as diversas ações é a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. A diretriz é que todas as ações desenvolvidas pelos diferentes programas nos estados sejam definidas, discutidas, pactuadas nas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) e aprovadas nas Comissões Intergestores Regionais. A Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço é uma instância intersetorial e interinstitucional permanente que participa da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde. Estudos apontam que as políticas de gestão da educação em saúde ganharam novo fôlego com a criação da SGTES, cuja políticas resultaram em maior aproximação estratégica entre saúde e educação. Neste sentido, as principais iniciativas empreendidas buscaram a qualificação da força de trabalho por meio de ações de educação permanente, articulando formação profissional às práticas dos serviços de saúde (Dias et al., 2013).

Entre as iniciativas empreendidas para transformar o ensino de saúde no país está o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-Saúde, instituído pela Portaria Interministerial – Saúde e Educação - nº 2101, de 03 de novembro de 2005, que tem como objetivo a reorientação da formação profissional superior com vistas a assegurar uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na APS, promovendo articulação entre ensino, pesquisa e serviços de saúde.

O público do PRÓ-Saúde é formado por estudantes de graduação, docentes e profissionais de saúde. Projetos são desenvolvidos por Instituições de Ensino Superior (IES), em conjunto com serviços públicos de saúde. A iniciativa teve início com os cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia e a partir de 2007, passou a contemplar os demais cursos da área da saúde. Tem como eixo central a integração ensino-serviço, com a consequente inserção dos estudantes de graduação da área da saúde desde o início de sua formação no cenário de prática da Rede SUS, com ênfase na APS.

Na linha dos avanços alcançados pelo Pró-Saúde, em 2007, surge o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde – que estreita ainda mais a parceria interministerial saúde e educação (Dias et al., 2013). Outra iniciativa para promover mudanças na formação dos profissionais é o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde – realizado por meio de parceria entre diversas Secretarias do Ministério da Saúde, Ministério da Educação e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. O PET-Saúde visa fomentar grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos trabalhadores da saúde, bem como

de iniciação ao trabalho e formação de estudantes de cursos de graduação da área da saúde, tendo em perspectiva a qualificação da atenção e a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino. Os principais objetivos são desenvolver atividades acadêmicas mediante grupos de aprendizagem tutorial, contribuir para a formação de docentes e profissionais adequados às necessidades do SUS, favorecer a fixação de profissionais de saúde, fomentar a articulação ensino serviço-comunidade e a educação pelo trabalho. O Pet-Saúde desenvolve projetos nas áreas da Estratégia Saúde da Família, Vigilância em Saúde e Saúde Mental.

O programa oferece bolsas para monitoria para estudantes de graduação da área de saúde matriculados em Instituições de Ensino Superior públicas ou privadas sem fins lucrativos; tutoria acadêmica, exercida por professores das IES integrantes do programa e bolsas de preceptoria, ofertada a profissionais do SUS que integram os grupos tutoriais do programa. Cada grupo PET é formado por um tutor acadêmico que coordena atividades de 30 alunos, sendo 12 deles bolsistas de iniciação ao trabalho, orientados por preceptores, que são trabalhadores dos serviços de saúde.

No final do ano de 2011, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde lançou edital conjunto entre Pró-Saúde e o PET-Saúde, cujo incentivo contemplaria propostas em áreas prioritárias como: Rede Cegonha, de urgência e Emergência, de Atenção Psicossocial, Ações de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de útero e Mama, e Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis.

Os dois programas têm como pressupostos a consolidação da integração ensino-serviço-comunidade e a educação pelo trabalho. Tanto o Programa de Educação pelo Trabalho -Saúde quanto o Pró-Saúde têm papel indutor na transformação do ensino em saúde no país.

Em 2009, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência Médica) para apoiar a formação de especialistas em regiões e áreas prioritárias para o SUS. O incentivo se dá por meio do financiamento de bolsas de residência para vagas novas em programas prioritários e apoio à requalificação de programas de residência médica considerados prioritários para o SUS por meio de apoio matricial interinstitucional.

No que se refere ao financiamento de bolsas para residência, até 2010, era realizado pelo Ministério da Educação e pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Quando em 2009 foi lançado o Edital do Pró-Residência, instituições de ensino puderam se candidatar e solicitar o financiamento de bolsas pelo Ministério da Saúde. Em 2013, 30% das bolsas do Pró-Residência foram para Medicina de Família e Comunidade, 16% para Clínica Médica, 12% Pediatria e 11% para Cirurgia Geral.

Apartir de 2012 foi criado incentivo para os municípios desenvolverem programas de residência em Medicina de Família e Comunidade em suas respectivas Redes de Atenção à Saúde, prevendo a inserção do residente nas equipes de Saúde da Família, com acompanhamento de preceptor e recomendação de equiparação da bolsa à média salarial dos médicos de família no município.

No campo da enfermagem, destaca-se o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – Profae – para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde por meio da oferta de qualificação para auxiliares e técnicos de enfermagem e constitui o principal instrumento para a qualificação da força de trabalho da área de enfermagem no país. O Profae vem sendo implementado desde 2000, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, sob três grandes eixos de formação: ofertas de cursos no nível fundamental e médio para trabalhadores cadastrados; oferta de cursos de formação profissional no nível de qualificação profissional (auxiliar de enfermagem) e de complementação de qualificação profissional (técnico de enfermagem); além de curso de especialização lato-sensu de formação pedagógica para o ensino profissional na área da saúde para capacitar os enfermeiros a atuarem nos cursos de formação profissional (Ferreira et al., 2007).

Enfermeiros também podem fazer parte do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) que prevê atuação destes profissionais por 12 meses, supervisionados por uma instituição de ensino, sendo incluída a participação em curso de especialização em Atenção Básica. Semanalmente o profissional exerce 32 horas de atividades práticas nas Unidades Básicas de Saúde e 8 horas no curso de especialização.

Em 2005, foi regulamentada a Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde (Lei nº 11.129/2005) abrangendo áreas como biologia, enfermagem, fisioterapia, farmácia, nutrição, psicologia, entre outras. O Pró-Residência Multiprofissional financia bolsas principalmente para regiões prioritárias e áreas estratégicas para o SUS.

Estratégias de educação permanente em APS

No país, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) articulado à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), é o órgão ao interior do Ministério da Saúde responsável pela Política Nacional de Educação Permanente para o SUS. Entre os projetos desenvolvidos, alguns se direcionam para a estruturação e fortalecimento de trabalhadores para a APS como: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde), Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), Revalidação de Diplomas Médicos, Residência Multiprofissional em Saúde, Programa Nacional de Apoio ao Internato Médico (Pró-Internato) que apoia o desenvolvimento de atividades práticas em serviços de saúde em áreas estratégicas para o SUS nas Redes de Atenção à Saúde em universidades federais sem hospitais próprios e o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), entre outros.

A Educação Permanente das equipes de APS é parte da Política Nacional de Atenção Básica cujo pressuposto é que seja um dispositivo de reorientação da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular. Neste sentido, é voltada a trabalhadores, gestores e usuários e definida como “*estratégia de gestão*”, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços,

em sua micropolítica, bastante próxima dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá 'no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho' (PNAB, 2011:38-39).

No campo da APS, destaca-se a criação, em 2007, do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, coordenado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e a Secretaria de Atenção à Saúde, cujo objetivo é fortalecer e melhorar a qualidade do atendimento da APS, integrando ensino e serviço por meio de ferramentas e tecnologias da informação e comunicação em quatro campos:

1. Teleconsultoria – consulta realizada entre profissionais para tirar dúvidas quanto a procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho podendo ser realizada por chat, web ou videoconferência em tempo real ou por meio de mensagens ou telefone;
2. Segunda opinião formativa – resposta sistematizada, construída com base em revisão bibliográfica, em evidências científicas e clínicas;
3. Telediagnóstico – serviço de apoio ao diagnóstico, cujos exames realizados em determinada localidade são enviados para a emissão de laudo emitido por um especialista vinculado ao Programa Telessaúde Brasil Redes;
4. Tele-educação – conferências, aulas e cursos ministrados à distância por meio da utilização de tecnologias da informação e comunicação.

Adesão dos profissionais à APS

Estudos realizados no país mostram que na percepção dos profissionais, estes não desfrutam do mesmo reconhecimento profissional que outros especialistas (Almeida et al., 2011). Conforme mencionado acima, várias iniciativas vêm sendo empreendidas para valorizar e fixar profissionais na APS, sobretudo médicos, como – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, ampliação das residências médicas em Saúde da Família e Comunidade; abertura de campo de estágio para graduandos da saúde em UBS e equipes de Saúde da Família; Pró-Saúde; Programa de Educação pelo Trabalho - Saúde; entre outros.

Apesar de todas as iniciativas para valorização dos trabalhadores da APS, segundo resultados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), entre os profissionais entrevistados, 41% afirmaram ser servidores públicos, enquanto 29% ainda possuem contratos temporários (PMAQ, 2012). Logo permanecem problemas de regularização dos vínculos e criação de carreiras para o SUS, fatores que podem influenciar positivamente na fixação e valorização profissional.

Como descrito acima, é bastante recente o maior protagonismo do Ministério da Saúde na indução da oferta de vagas de residência em áreas prioritárias para o SUS, com clara valorização de especialidades básicas e Medicina de Família e Comunidade.

No campo da formação e pesquisa, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde em parceria com a Coordenação de Aperfeiçoamento de

Pessoal de Nível Superior (Capes), em 2010, lançou o Pró-Ensino da Saúde. O edital foi direcionado à apresentação de projetos de apoio ao ensino e à pesquisa científica e tecnológica na saúde, apresentado por grupo de professores e pesquisadores de instituições brasileiras públicas e privadas, com objetivo de possibilitar a produção de pesquisas científicas e tecnológicas e a formação de mestres, doutores e estágio pós-doutoral na área do ensino na saúde. A proposta é contribuir para o desenvolvimento da área de formação, estratégica para a consolidação do Sistema Único de Saúde.

DIMENSÃO 8 – PARTICIPAÇÃO SOCIAL E ATIVIDADES INTERSETORIAIS

Interação com outros setores de políticas públicas para o enfrentamento dos determinantes sociais

A promoção da saúde está definida como uma das atribuições da APS no Brasil de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2011) e faz parte da concepção ampliada e integral de saúde prevendo ações no âmbito individual e coletivo capazes de impactar na “situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” (PNAB, 2011:19).

Estudo realizado por Giovanella et al. (2009) em grandes centros urbanos apontou que as possibilidades das equipes de Saúde da Família para o desenvolvimento de ações intersectoriais no território poderiam ser potencializados por articulações intersectoriais no nível do executivo municipal. Os resultados mostraram que metade ou menos dos profissionais das equipes de Saúde da Família nos quatro municípios participam de atividades conjuntas com outros setores para a solução de problemas da comunidade. Os resultados encontrados dialogam com outros estudos que mostram baixo escore para a “orientação comunitária” segundo a avaliação dos usuários, ainda que melhores que aqueles encontrados em Unidades Básicas de Saúde Tradicionais (Giovanella et al., 2009).

Duas políticas no campo intersectorial podem ser destacadas por sua institucionalidade. Uma delas, prevista na PNAB, é o Programa Saúde na Escola (PSE) e, a outra a Academia da Saúde. O Programa Saúde na Escola foi instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286 de 2007, que prevê atuação conjunta entre Ministérios da Educação e Saúde para promoção de atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico e também de creches e pré-escolas. Entre as ações a serem desenvolvidas por equipes de atenção básica e educação destacam-se: avaliação clínica e psicossocial; promoção de alimentação saudável, práticas corporais e atividades físicas nas escolas; educação sexual e reprodutiva; prevenção ao uso de álcool; tabaco e outras drogas; educação permanente para qualificação da atuação dos profissionais da educação e saúde e formação de jovens, entre outras (PNAB, 2011).

Para a implementação das ações do Programa Saúde na Escola estão previstos recursos federais pertencentes ao Bloco da Atenção Básica, referente ao Piso de Atenção Básica Variável, Saúde da Família. Os municípios habilitados para recebimento dos recursos financeiros, em conformidade com o número de equipes de Atenção Básica e número de alunos para cada equipe, deverão alcançar um conjunto de metas definidas nos Termos de Compromisso firmados entre Secretarias de Saúde e de Educação. O repasse de recursos fica condicionado ao alcance de indicadores previamente definidos e acompanhados por meio de sistemas de informação.

A gestão do Programa Saúde na Escola deve ser realizada por meio de Grupos de Trabalho Intersectoriais no âmbito federal, estadual e municipal compostos,

por, pelo menos, um representante da Secretaria de Saúde e um da Secretaria de Educação e, facultativamente, por outros parceiros locais representantes de políticas públicas e/ou movimentos sociais (cultura, lazer, esporte, transporte, planejamento urbano, sociedade civil, setor não governamental, entre outros), assim como pelos educandos.

Segundo dados de 2013, 4.861 municípios, ou seja, 87% dos municípios brasileiros aderiram ao Programa Saúde na Escola, com 80,3 mil escolas foram incluídas nos Termos de Compromisso firmados pelos municípios no momento da adesão. Dessas, 55% são escolas cuja maioria das famílias são beneficiárias do Programa Bolsa Família, uma vez que as prefeituras municipais são orientadas a implantar o PSE em áreas de maior vulnerabilidade social.

Outra ação intersectorial institucionalizada no âmbito federal em articulação com a APS é o Programa Academia da Saúde. Os polos do Programa Academia da Saúde são parte integrante da APS e devem ser por ela coordenados, compondo mais um ponto de atenção à saúde, que deve estar articulado aos demais serviços de saúde da rede, além de estar vinculados a um Núcleo de Apoio à Saúde da Família ou a uma Unidade Básica de Saúde. O objetivo principal definido pela Portaria Ministerial nº709/2011, que instituiu o Programa Academia da Saúde é *“contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis”*.

Entre os objetivos específicos do Programa destaca-se a priorização das ações de promoção da saúde por meio de atividades físicas, articuladas à Vigilância em Saúde, de forma a convergir com projetos ou programas nos âmbitos da saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer.

São destinados recursos federais para financiamento da infraestrutura física, incluindo equipamentos das Academias da Saúde, cujos projetos são propostos pelos municípios, e também recursos para custeio, como componente do Piso de Atenção Básica Variável.

Outra iniciativa de articulação intersectorial acontece na interface entre assistência social e saúde, no âmbito do Programa Bolsa Família (PBF). O Programa Bolsa Família, sob gestão do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, é um dispositivo de transferência direta de renda a famílias em situação de pobreza ou de extrema pobreza, com a finalidade de promover acesso aos direitos sociais básicos e romper com o ciclo intergeracional da pobreza. O Programa é realizado por meio de auxílio financeiro vinculado ao cumprimento de compromissos na Saúde, Educação e Assistência Social – as chamadas condicionalidades. O Bolsa Família possui três eixos principais: a transferência de renda para promover o alívio imediato da pobreza; o cumprimento de condicionalidades com objetivo de garantir o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social; e as ações e programas complementares que buscam o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários consigam superar a situação de vulnerabilidade.

Partindo do princípio de que as famílias em situação de pobreza e extrema pobreza podem ter maior dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de

saúde, o estabelecimento de condicionalidades busca garantir oferta de ações de atenção básica como realização do pré-natal pelas gestantes, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e imunização. Assim, as famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família como mulheres com idade entre 14 e 44 anos e crianças menores de sete anos de idade deverão ser assistidas por uma equipe de Saúde da Família, por agentes comunitários de saúde ou por unidades básicas de saúde, que proverão os serviços necessários ao cumprimento das ações de responsabilidade da família.

Neste sentido, a Política Nacional de Atenção Básica (2011) reforça o papel do profissional de saúde como ator chave no acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades criado pelo Governo Federal, estadual ou municipal.

Participação Social

No Brasil, a participação social está institucionalizada como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde, sendo que as regras para o controle social foram definidas na Lei nº 8142 de 1990, que estabelece a obrigatoriedade de implantação e funcionamento dos Conselhos de Saúde para recebimento de recursos financeiros fundo a fundo.

O Conselho Nacional de Saúde já existia desde 1937, mas até 1990 era um órgão consultivo do Ministério e os conselheiros indicados pelo governo (Coelho, 2012). Nova configuração toma curso a partir da Lei nº8142 de 1990. Na configuração do SUS, os conselhos representam órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na respectiva instância, federal, municipal e estadual, por meio de reuniões mensais. No âmbito local, podem ser formados Conselhos Locais de Saúde, responsáveis pela avaliação da política de saúde na área de abrangência das unidades.

As Conferências de Saúde, a partir da Lei n.º 8.142, outra instância colegiada do SUS, devem contar, necessariamente, com a participação dos movimentos sociais organizados, das entidades ligadas à área da Saúde, dos gestores e dos prestadores de serviços de saúde, cuja realização, em geral, acontece de 4 em 4 anos. Os principais objetivos são avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos três níveis de gestão. As deliberações das Conferências devem servir para orientar os governos na elaboração dos planos de saúde e na definição de ações que sejam prioritárias nos âmbitos estaduais, municipais e nacional.

A participação social ocorre em diversos níveis e formas por meio da atuação dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde.

O plano de saúde e a programação anual dos municípios devem ser aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde, especificar a proposta de organização da atenção básica e explicitar como serão utilizados os recursos.

Conforme já mencionado, para implantação e credenciamento das equipes de Saúde da Família pelo Ministério da Saúde, após construção do projeto pela gestão municipal, o mesmo deve, necessariamente, ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, antes de seguir para o âmbito estadual (CIB). Os repasses dos recursos fundo a fundo para a Atenção Básica aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para esse fim, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde, que recebem o aviso de crédito dos recursos. A comprovação da aplicação dos recursos fundo a fundo apresentadas ao gestor federal nos relatórios de gestão são aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde.

APNAB, em si, é resultado da experiência acumulada de vários atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do SUS, como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo.

A Política Nacional de Atenção Básica (2011) recomenda que as Unidades Básicas de Saúde possuam conselhos/colegiados de gestão que viabilizem a participação social no nível local. Resultados do PMAQ-AB (2012) indicam que 59% das equipes de APS trabalham com Conselhos Locais de Saúde e que 73% dispõem de canais de comunicação com os usuários.

No país, observa-se que os conselhos e conferências de saúde são nitidamente priorizados nos textos oficiais e pela maioria dos atores sociais como as únicas formas de participação social e partilha de poder decisório entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS (Coelho, 2012). Por outro lado, também é corrente a interpretação de que, embora não garanta por si a participação plena e efetiva, a definição legal da participação social via conselhos e conferências de saúde representa uma conquista na construção da cidadania (Vianna, 2009) e que os espaços institucionalizados de participação popular podem contribuir para a formação de identidades coletivas por meio da dimensão política (Coelho, 2012).

Ainda assim, conforme ressalta Coelho (2012) em revisão sobre o tema, o avanço da participação no SUS passa pelo reconhecimento e valorização de outras formas de controle social, ainda pouco definidas e muitas vezes não priorizadas como conselhos locais ou conselhos gestores, fóruns de trabalhadores, Ministério Público, ouvidorias, gestão participativa, pressão popular sobre o Congresso, entre outros.

Também são apontados problemas estruturais e políticos no âmbito dos Conselhos e Conferências, sobretudo no espaço municipal, como: baixa representatividade, pouca renovação de membros, dominação por grupos mais organizados, resistência dos órgãos governamentais em trabalhar com os novos atores sociais, concepção de gestores e profissionais de que o usuário seria incapaz de contribuir, além da posição de desvantagem dos usuários nos conselhos no que se refere à disponibilidade de tempo, transporte, etc se comparado aos demais seguimentos (Coelho, 2012).

DIMENSÃO 9 – INTERCULTURALIDADE

O Departamento de Atenção Básica define que: *“Interculturalidade é entendida como modo de coexistência no qual os indivíduos, grupos e instituições, com características culturais e posições diferentes, convivem e interagem de forma aberta, inclusiva, horizontal, respeitosa e se reforçam mutuamente, em um contexto compartilhado”* (Departamento de Atenção Básica, 2014).

Na Política Nacional de Atenção Básica não há menção ao conceito de interculturalidade, cujas ações ainda são incipientes no país. Ainda assim, preconiza que a APS deve considerar o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. Neste sentido, o entendimento é que na relação intercultural busca-se favorecer que pessoas de culturas diferentes possam entender-se mutuamente, compreendendo a forma de perceber a realidade do mundo, facilitando ou promovendo a abertura para a escuta e enriquecimento nos diversos espaços de relação. Os princípios da interculturalidade são entendidos *“como processo de interação entre pessoas permitem fortalecer a identidade própria, o autocuidado, a autoestima, a valorização da diversidade e das diferenças, e gerar nas pessoas, uma consciência da interdependência para o benefício e desenvolvimento comum”* (Departamento de Atenção Básica, 2014)

A publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, em 2008, institucionaliza a homeopatia, as plantas medicinais e fitoterápicas, a medicina tradicional chinesa/acupuntura, a medicina antroposófica e o termalismo social-crenoterapia no Sistema Único de Saúde considerando que a utilização de plantas medicinais e derivados como recurso terapêutico, perpassam pelo entendimento e valorização da multiculturalidade e interculturalidade, por gestores e profissionais de saúde, para maior equidade e integralidade da atenção.

Como iniciativas empreendidas pelo Ministério da Saúde, destaca-se, por meio de cooperação internacional, em parceria com o Ministério da Saúde do México, em 2010 a realização do curso à distância *“Sensibilização em Competência Intercultural para Atenção à Saúde”*.

Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

Referências à interculturalidade no SUS são observadas na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002) que integra a Política Nacional de Saúde, responsável por compatibilizar as determinações da Lei Orgânica da Saúde com as da Constituição Federal, prevendo o direito das populações a um atendimento diferenciado pelo Sistema Único de Saúde, que respeite suas especificidades culturais. Conforme destaca Langdon e Diehl (2007), no caso dos povos indígenas: *“nove anos após a criação do SUS, o Decreto nº 3.156 (1999) e a Lei nº 9.836 (1999) determinaram as condições de assistência à saúde dos povos indígenas e o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS, respectivamente, tendo em vista as históricas desigualdades e iniquidades vividas por esses povos no Brasil”* (2007: 20).

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) é a área do Ministério da Saúde responsável por coordenar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Criada em outubro de 2010, a SESAI surgiu a partir da necessidade de reformulação da gestão da saúde indígena no país, demanda reivindicada pelos próprios indígenas durante as Conferências Nacionais de Saúde Indígena (Ministério da Saúde/SESAI, 2014). Estados, municípios, organizações governamentais e não-governamentais podem atuar de forma complementar na execução das ações (Brasil, 2004).

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é organizado por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, compostos de postos de saúde dentro das Terras Indígenas, que contam com o trabalho dos Agentes Indígenas de Saúde e dos Agentes Indígenas de Saneamento; pelos pólos-base, que incluem as Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena; e pelas Casas do Índio, que apoiam os serviços de média e alta complexidade referenciados na rede do SUS servindo para abrigar e cuidar dos pacientes e seus acompanhantes, durante períodos de tratamento em serviços de referência fora das aldeias (Brasil, 2004).

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) são espaços étnico-culturais dinâmicos, cuja demarcação não guarda relação direta com os limites geográficos dos estados e municípios. Os DSEI devem prestar atenção básica à população indígena aldeada, mediante atuação de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, nos moldes da Estratégia Saúde da Família, compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e Agentes Indígenas de Saúde, membro das comunidades e mediador entre os saberes tradicionais e os conhecimentos e recursos da medicina ocidental. Esses serviços devem ser integrados e articulados à rede do SUS, de forma hierarquizada, tendo como instância regional os Pólos-base, inserido em um subsistema de atenção à saúde ligada ao Sistema Único de Saúde.

Para a realização das ações e serviços de saúde aos povos indígenas, foram definidos recursos financeiros suplementares àqueles já definidos no SUS. O Subsistema de Saúde indígena deve considerar o princípio da atenção diferenciada e uso de tecnologias apropriadas, o que implica em uma diferenciação na qualidade dos serviços, e a participação indígena na forma de Conselhos de Saúde para o exercício do controle social. Ainda sim, conforme destacam Langdon e Diehl (2007) estudos demonstram que os princípios da atenção diferenciada dos documentos oficiais não se tornaram uma realidade, seja na forma de participação da comunidade e controle social ou na formação de equipes multiprofissionais para trabalhar em situações multiculturais. Apontam que para os Agentes Indígenas de Saúde *“atenção diferenciada significa o acesso a serviços primários separados e com qualidade, além da prioridade na atenção secundária e terciária: Já para os administradores e profissionais de nível superior trata da questão “cultural”, porém com pouca compreensão do que isso implica na prática”* (2007:31). Os documentos oficiais da Funasa indicariam que o caminho é *“articular”* ou *“integrar”* as práticas tradicionais de cuidados à saúde, sem clareza sobre a diferenciação entre os conceitos *“A primeira implica o reconhecimento da legitimidade dessas práticas, e a segunda indica a instrumentalização a partir do viés biomédico”* (2007:31).

DIMENSÃO 10 – GESTÃO DA APS

No SUS, o pressuposto é que cada ente federado realize o planejamento em saúde com base nas especificidades de seu território e nas necessidades de saúde da população em uma perspectiva solidária, com vistas a garantir a integralidade da atenção por meio da constituição de redes de atenção à saúde, que passa a exigir o Planejamento Regional de Saúde. De acordo com a Lei nº 8.080/90 o planejamento em saúde deve ser ascendente e integrado, do nível local ao federal, com participação dos respectivos Conselhos de Saúde.

Os Planos de Saúde são os produtos do processo de planejamento, no qual estão definidas as metas, programações, indicadores e financiamento em cada âmbito de governo também expressos no Contrato Organizativo Ação Pública (COAP), instrumento jurídico contendo a formalização das responsabilidades de cada esfera no âmbito da região de saúde. Será no espaço das Comissões Intergestores Regionais que os municípios, juntamente com o Estado, em cada uma das regiões de saúde, discutirão suas necessidades, referências e financiamento regional. A Programação Anual de Saúde explicita e detalha as ações e recursos financeiros necessários à operacionalização do Plano de Saúde em um determinado ano. Também são definidos os indicadores para monitoramento das ações.

Existem ainda instrumentos formais e obrigatórios para a prestação de contas do gestor em relação às ações propostas no respectivo planejamento em saúde – o Relatório Detalhado, cuja periodicidade é quadrimestral – e o – Relatório de Gestão, que deverá ser submetido à apreciação do Conselho de Saúde e aos respectivos Tribunais de Contas. A elaboração do Relatório de Gestão é anual e regular, realizada por meio do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS).

O processo de planejamento, principalmente o diagnóstico situacional, pode ser apoiado por uma ferramenta web denominada Mapa da Saúde, que contém a descrição geográfica da distribuição dos recursos humanos, das ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e também pela iniciativa privada.

Conforme já mencionado, cabe aos municípios, no âmbito da APS, organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de atenção básica, embora o planejamento municipal deva guardar coerência com as pactuações realizadas no âmbito regional.

Para o monitoramento e avaliações das ações desenvolvidas pela APS, desde 1998 todos os municípios alimentam o Sistema de Informação Atenção Básica, software desenvolvido pelo Departamento de Informação do SUS (DATASUS), cujo objetivo é agregar, armazenar e processar as informações relacionadas à Atenção Básica usando como estratégia central a Estratégia de Saúde da Família. As informações coletadas pelo SIAB apoiam as decisões do gestor federal, mas sobretudo, o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, pois contém os dados mínimos para o diagnóstico de saúde da comunidade, das intervenções realizadas pela equipe e os resultados sociosanitários. O Sistema de Informação da Atenção Básica é alimentado por meio de um conjunto de fichas para registro de diversas ações desenvolvidas pelas equipes como cadastramento das famílias,

acompanhamento domiciliar e registro de atividades, procedimentos e notificações das pessoas adscritas nos territórios das equipes de atenção básica.

Como parte do processo de fortalecimento da capacidade de planejamento no SUS, em seus diversos componentes, consolidado a partir do Decreto 7.508/11, destaca-se também o componente avaliação. O Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) tem como objetivo avaliar o desempenho do SUS em municípios, regiões de saúde, estados e união por meio de dados secundários dos diversos Sistemas de Informação em Saúde. O índice é composto por 24 indicadores sendo 14 de acesso potencial e 10 de efetividade distribuídos entre a APS, atenção ambulatorial e hospitalar e urgência e emergência que ao final geram uma classificação dos sistemas de saúde municipais ou da região de saúde em uma escala de notas que varia de 0 a 10.

Na perspectiva de induzir processos de garantia de acesso e qualidade na APS e fomentar padrões comparáveis de qualidade, respeitando-se as especificidades loco-regionais, o gestor federal, no ano de 2011, lançou o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. No primeiro ciclo, ocorrido no anos de 2012, havia um número máximo de equipes que poderiam aderir ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade por municípios, que totalizou 17.482 avaliadas. No segundo ciclo, não havia limites para a adesão. Conforme já mencionado, a adesão e alcance de padrões de qualidade, implica em recebimento, por parte do município, de recursos adicionais para a APS. O processo de avaliação que culmina em classificação das equipes por padrões de qualidade é composto por quatro fases. A primeira fase é de adesão e contratualização que consiste na etapa formal de adesão ao programa, mediante compromissos e indicadores firmados entre o Ministério da Saúde e os gestores municipais. Os gestores municipais, por sua vez, contratualizam diretamente com as equipes em um processo que envolve pactuação local, regional e estadual, com a participação dos espaços de controle social. Na segunda etapa, chamada fase de desenvolvimento, as equipes de atenção básica, gestores municipais, estaduais e federal desenvolvem um conjunto de ações com o intuito de promover movimentos de mudança na gestão e no cuidado prestado pelas equipes, visando a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde. Essa fase está organizada em quatro dimensões: autoavaliação; monitoramento; educação permanente; e apoio institucional. A terceira fase consiste na avaliação externa, realizada com o apoio de instituições de ensino e pesquisa, cujo objetivo é avaliar as condições de acesso e de qualidade das equipes que aderiram por meio da avaliação de um conjunto de elementos que vão desde a infraestrutura das unidades ao processo de trabalho das equipes. Envolve também entrevistas com usuários. A quarta fase é constituída por um processo de recontratualização que deve ocorrer após a certificação por meio da pactuação das equipes e dos municípios para alcance dos padrões de qualidade. Desta forma, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica se propõe a ser um processo permanente de indução do acesso com qualidade na atenção básica, ao mesmo tempo em que fomenta a institucionalização da avaliação no SUS.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

A experiência brasileira de Atenção Primária à Saúde mostra um cenário diversificado de práticas, embora seja considerável o arcabouço jurídico e normativo implementado pelo gestor federal. Características do processo de descentralização atomizada, com relação direta entre Ministério da Saúde e municipalidades, contribuiu para a diversidade de experiências em vários casos, exitosas e mais próximas das necessidades locais, e por outro lado, a uma multiplicidade de arranjos para a contratação de profissionais, garantia de infraestrutura e condições de trabalho e, sobretudo, conformação de redes capazes de garantir a integralidade do cuidado.

De forma geral, percebe-se que a concepção, organização e avaliação da APS, desde 2002, são fortemente referenciadas aos trabalhos de Barbara Starfield (2002), cujos atributos essenciais e derivados tornaram-se imagem-objetivo para a busca de uma APS robusta e integral. Agrega-se à concepção brasileira a importância do “território”, conceito chave para a definição de ações capazes de impactar nos determinantes sociais da saúde e superar a lógica do processo de trabalho guiado predominantemente pelas ações programáticas.

Para além do discurso oficial, importante para a difusão e institucionalidade que a APS veio ganhando nas últimas duas décadas, alguns pontos parecem importantes para que a materialidade do discurso possa refletir garantia do acesso à saúde para a população.

Um dos pontos nodais trata-se do financiamento, não apenas da APS, mas do sistema público de saúde, cujos gastos públicos ainda não representam 50% do total de gastos em saúde no país. Embora tenha sido observado aumento dos recursos federais para a APS ao longo dos anos 2000, a composição tripartite dos investimentos públicos ainda é insuficiente para garantir a robustez pretendida, com sobrecarga dos municípios e desresponsabilização dos estados. Uma vez que estudos apontam que, em média, 60% dos gastos com as equipes de Saúde da Família são referentes aos recursos humanos, mais uma vez pesa-se a mão sobre municípios com dificuldades de atração profissional, que chegam a comprometer seu orçamento para a contratação de médicos. A Emenda Constitucional 29, recém-aprovada, depois de tramitação de mais de uma década, o que de certa forma reflete as correlações de poder em torno da efetivação de um sistema universal de saúde, foi um avanço na garantia de fontes estáveis.

Também são recentes, e bastante ampliada, normas que definem o escopo de ações a serem desenvolvidas na APS. Entretanto, a definição de um rol de procedimentos é dependente de condicionantes diversos no conjunto dos municípios brasileiros, relacionados à infraestrutura, disponibilidade de profissionais, de educação permanente, desigualdades sociais e, também, da concepção sobre o papel da APS.

Estudos avaliativos e a literatura sobre o tema apontam que ainda há problemas, de diversas ordens, que impedem que a APS exerça verdadeiramente o papel de porta de entrada do sistema e para que os usuários consigam ser acolhidos no momento em que demandam. Segundo os Campos et al. (2010) a dimensão do acolhimento implica disposição, organização e preparação da equipe para receber, em horários

variáveis, uma grande variedade de demandas, com capacidade para realizar avaliação de risco e garantir a máxima resolutividade. Mesmo em municípios com uma APS historicamente consolidada, como o caso de Curitiba, apresentado adiante, problemas de utilização das unidades básicas como serviços de primeiro contato, sugerem que o enfrentamento desta questão vai além da necessária padronização de procedimentos, mas passa por mudanças na organização do processo de trabalho das equipes com base nas necessidades de saúde do território.

Vale ressaltar que tais enfrentamentos não minimizam os efeitos positivos da grande ampliação do acesso à APS observada a partir dos anos 2000, com a diminuição significativa de barreiras geográficas e econômicas em função da capilaridade na distribuição das Unidades Básicas de Saúde, que permite o acesso por meio de deslocamento a pé da grande maioria dos usuários. A incorporação da Saúde Bucal à Estratégia Saúde da Família também representou provisão pública de serviços em um campo até então monopolizado pela iniciativa privada.

Para tornar ainda mais complexa a missão de mapear a APS no país, convivemos com modelos distintos de organização. Por um lado, aproximadamente 57% da população formalmente coberta por equipes de Saúde da Família, de outro, percentual não definido de população que utiliza centros e unidades básicas de saúde chamados “tradicionais”, cuja organização é bastante variável, sendo bastante difícil traçar um padrão. Esta convivência é mais comum em centros urbanos de maior porte, que já possuíam uma rede de centros de saúde anteriores à Saúde da Família. Nestas unidades, embora a Política Nacional de Atenção Básica defina diretrizes para toda forma de organização da APS, muito frequentemente, há maiores dificuldades para a atuação territorial, familiar, vínculo e envolvimento dos profissionais, dada formas muito diversificadas de contratação, cargas horárias e serviços oferecidos, geralmente na lógica das ações programáticas.

Convive-se ainda com parcela importante da população coberta por planos privados de saúde, com acesso direto a especialistas, em um modelo de atenção ambulatorial que opera em uma lógica completamente distinta do sistema público, que além de fortemente prestigiado pela mídia e pela população, a despeito dos resultados em saúde, exerce forte concorrência na contratação de recursos humanos, principalmente médicos e contribui para a subvalorização dos profissionais que atuam no SUS. Logo, o mapeamento aqui apresentado, centrou-se em características da APS enquanto componente do sistema público, que, entretanto, convive com um importante sistema privado.

Ao buscar compreender os limites e possibilidades para que as Equipes de Saúde da Família assumam o papel de coordenadora dos cuidados ao interior das Redes de Atenção à Saúde, conforme os princípios da Política Nacional de Atenção Básica, nos deparamos com constrangimentos tanto no que se refere às políticas institucionais, de organização da rede (panorama agravado pela forte dependência do setor privado e do subfinanciamento da atenção especializada), quanto na provisão dos serviços e ações de APS de forma que, fortalecida em seus atributos essenciais possa assumir esta função chave.

A incorporação do discurso oficial de organização da rede com base na definição da porta de entrada preferencial pela APS, confronta-se com a forte concorrência dos serviços de pronto atendimento e de emergência hospitalares como serviço de primeiro contato, situação provavelmente agravada pela insuficiente articulação entre os pontos de atenção, e por problemas na organização do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família na articulação entre ações programadas e atendimento à demanda espontânea. Neste sentido, pode-se afirmar que a coordenação dos cuidados é dependente de ações no nível de políticas institucionais que enfrentem a fragmentação dos serviços de saúde, fortaleçam as instâncias de pactuação regional, e criem carreiras para os profissionais do SUS, bem como de mecanismos para a organização da rede com ampliação da oferta e regulação da atenção especializada desde a APS (Almeida, 2014).

Elemento importante para a implementação do SUS é a incorporação de uma diversidade de atores e espaços institucionais para uma gestão compartilhada do sistema. Contudo, para além dos arranjos oficiais, parece premente a busca de dispositivos que favoreçam a organização e participação das comunidades locais na efetiva co-gestão dos serviços de APS. Ao mapear este grande e diverso campo da atenção básica no país, a despeito de iniciativas locais de êxito, percebe-se que, na gestão federal, ainda são incipientes políticas e ações para induzir e fortalecer a participação social, em que pese a participação do Conselho Nacional de Saúde na própria concepção da Política Nacional de Atenção Básica. Neste mesmo campo, e como face do mesmo problema, as equipes de Saúde da Família apresentam, em geral, fraca atuação intersetorial e comunitária, assim como os respectivos executivos municipais, débeis em sua capacidade de articulação intersetorial.

Ressaltamos também que o mapeamento das dimensões da APS permite destacar alguns pontos nodais enfrentados pelo gestor federal. O reconhecimento e enfrentamento da precariedade da infraestrutura dos serviços de APS é uma importante iniciativa do Ministério da Saúde, com aportes significativos para a ampliação, reforma e construção de novas unidades mediante apresentação de projetos pelos municípios. Investimento em Tecnologias de Informação e Comunicação, com criação de prontuários eletrônicos, sistemas de regulação desde a APS e instrumentos de telessaúde, disponíveis para 18,5% dos profissionais que aderiram ao PMAQ-AB no primeiro ciclo (PMAQ, 2012), são possibilidades concretas para o estreitamento de relações entre profissionais de distintas especialidades, melhoria de coordenação e continuidade do cuidado e aumento de resolutividade da APS. Sem minimizar a importância de tais iniciativas, chama a atenção, o fato de que tecnologias simples, como a utilização de telefone para a marcação de consultas, seja uma realidade ainda improvável no país, segundo constatou o PMAQ-AB (2012).

Por outro lado, investimento em apoio matricial por meio das equipes multidisciplinares dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família, desde 2008, representa, para além de seu objetivo principal, a presença de outros atores, saberes e práticas no campo do fazer saúde em APS.

Na esfera do trabalho em saúde talvez tenha se dado o maior enfrentamento da atual gestão federal na APS, ainda que as iniciativas não gozem de consenso. A principal trata-se do Programa “Mais Médicos para o Brasil” que viabilizou a vinda

de médicos estrangeiros, principalmente cubanos (mais de dez mil), ou brasileiros formados fora do país para atuar em serviços de APS em locais de difícil fixação. Faz parte do programa a abertura de cursos de medicina em regiões com maior necessidade (embora não haja garantias para a permanência destes profissionais nos locais de formação), além de iniciativas para valorização dos profissionais da atenção básica por meio da aliança entre atuação e oferta de pós-graduação.

Também se observa que a expansão das equipes de Saúde da Família e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família foi acompanhada por iniciativas financiadas pelo gestor federal, que aliam formação no nível das graduações em saúde e prática nos serviços, principalmente na APS, com participação de estudantes, professores universitários e trabalhadores da saúde que atuam como preceptores.

Todavia, segue a auto-regulação das profissões pelos respectivos conselhos e a definição das especialidades médicas pelo Conselho Federal de Medicina. Ainda que as residências médicas sejam financiadas com recursos públicos, somente recentemente o Ministério da Saúde passou a interferir efetivamente na definição de oferta de vagas por especialidade. Guardadas as devidas considerações acerca das diferenças entre os sistemas de saúde, Starfield (2002) define que um dos parâmetros que pode indicar a fortaleza e direção do sistema à APS é o número de médicos de APS em relação a outros especialistas. Em uma realidade na qual temos mais profissionais com residência em cirurgia plástica que em Medicina de Família e Comunidade, poderíamos nos indagar sobre nossas possibilidades de construção de um modelo de saúde com base em uma APS forte. Também não se observa políticas de Estado para o enfrentamento da precarização dos vínculos trabalhistas, com a criação de carreiras para o SUS; a ausência de carreira afeta de forma mais dramática a APS pois a continuidade da relação profissional-usuário constitui-se diretriz ética e organizacional.

A institucionalização da avaliação da APS é um tema prioritário para o Ministério da Saúde que ganhou força com a expansão da Estratégia Saúde da Família. Importantes parcerias entre gestor federal e instituições de ensino têm sido estabelecidas para a realização de pesquisas avaliativas e monitoramento da APS. No ano de 2012 teve início o primeiro ciclo de avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica PMAQ-AB, no qual aderiram cerca de 17.000 equipes de APS. O PMAQ-AB vincula recebimento de recursos ao alcance de padrões de qualidade. Em 2013, ocorreu o segundo ciclo de avaliações externas, com ampliação do número de adesões.

Importante avanço na política nacional de APS de 2006 para 2011 é o reconhecimento de populações com necessidades de saúde diferenciadas, com a criação de aportes financeiros específicos. Estes são os casos, por exemplo, do reconhecimento das singularidades das populações ribeirinhas da área da Amazônia Legal, com a provisão de Unidades Básicas de Saúde Fluvial, cuja estrutura é totalmente financiada pelo Ministério da Saúde e com padrão diferenciado de custeio, ainda que pese os altos custos aportados pelo município para custeio. A experiência da primeira UBSF no município de Borba, relatada neste relatório, pode ser apontada como uma experiência exitosa e exemplar da diversidade de uma APS abrangente, no sentido de ser capaz de manter seus atributos essenciais, ao mesmo tempo em que se organizada de forma tão singular a fim de atender às necessidades de dado território.

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer as valiosas contribuições de alguns atores para a construção deste documento e, especialmente, aos gestores municipais que viabilizaram as visitas e conhecimento de experiências exitosas de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no país: Hêider de Araújo Pinto (ex-Diretor de Atenção Básica e atual Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde); Cleonice Ferreira (Diretora de Gestão da Atenção Primária à Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal), Lysandra Farias (Secretaria Municipal de Saúde de Borba); Valdelanda de Paula Alves (Enfermeira da UBSF Igarapu); Paulo Poli (Diretor de Atenção Primária de Curitiba); e Carla da Ros (Coordenadora de Acesso e Vínculo de Curitiba).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alfradique ME et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad. Saúde Pública*, 25(6):1337-1349, 2009.

Almeida PF et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública*. v.26, n.2, p.286-98, 2010.

Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Pública*. vol. 29, n.2, p.84-95; 2011.

Almeida PF et al. O papel da Atenção Primária à Saúde na coordenação dos cuidados em redes regionalizadas em regiões de saúde da Bahia. Relatório de Pesquisa. Brasília: CNPq; 2014.

Banco Mundial, 2012. Disponível em: http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.PP.CD?order=wbapi_data_value_2012+wbapi_data_value+wbapi_data_value-last&sort=asc, capturado em 19/06/2014.

Brasil. *Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Brasília; 1990.

Brasil, Presidência da República. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Brasília; 1990.

Brasil, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. *Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996*. Norma Operacional do SUS – NOB/96. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

Brasil, Presidência da República. *Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases*. Brasília; 1996.

Brasil, Fundação Nacional de Saúde. *Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas*. 2. ed. Brasília; 2002.

Brasil, Ministério da Saúde. *Portaria nº 70/GM, de 20 de janeiro de 2004*. Aprova as diretrizes da gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. Brasília; 2004.

Brasil, Ministério da Saúde, Ministério da Educação. *Portaria Interministerial nº 2101, de 03 de novembro de 2005 - PRÓ-Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação; 2005.

Brasil. Ministério da Educação. *Lei nº 11.129 de 2005*. Brasília: Ministério da Educação; 2005.

Brasil, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. *Portaria nº399, de 22 de fevereiro de 2006*. Pacto pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Brasil, Presidência da República. *Decreto Presidencial nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007*. Brasília; 2007.

Brasil, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. *Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria nº 221, 17 de abril de 2008*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Brasília: 2010.

Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Brasil, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. *Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Brasil. Presidência da República. *Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011*. Brasília; 2011.

Brasil, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. *Portaria nº 2.686, de 16 de novembro de 2011*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Brasil, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. *Portaria nº 2.206, de 14 de setembro de 2011*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

- Brasil, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. *Portaria nº 2.394, de 11 de outubro de 2011*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- Brasil, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria Nº 719, de 7 de abril de 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- Brasil, Presidência da República. *Lei nº 12.466/11, de 24 de agosto de 2011*. Brasília; 2011.
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Procedimentos. *Cadernos de Atenção Primária*, nº30. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- Brasil, Presidência da República. *Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012*. Brasília; 2012.
- Brasil, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 841, de 02 de maio de 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- Brasil, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. *Portaria nº 562 de 4 de abril de 2013*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- Brasil, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, *Portaria nº 1409, de 10 de julho de 2013*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. *Manual de práticas da Atenção Básica. Saúde ampliada e compartilhada*. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010. 411 pp.
- Carneiro Júnior N. et al. Relação entre Público e Privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares. *Saúde Soc.* São Paulo, v.20, n.4, p.971-979; 2011.
- Carvalho MS e Souza MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface. Comunicação, saúde, educação*, v.17, n.47, p.913-26, out./dez; 2013.
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, disponível: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=00, capturado em 10/02/2014.
- Coelho JS. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. *Saude soc.*, vol.21, suppl.1, p.138-151, 2012.
- Conselho Federal de Medicina, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Demografia médica no Brasil*. Volume 2. Cenários e Indicadores de Distribuição. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal; 2013.
- Departamento de Atenção Básica, Interculturalidade. 2014. capturado em 07/03/2014, disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pic.php?conteudo=interculturalidade
- Dias HS, Lima LD, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(6):1613-1624, 2013
- 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; p. 418-34; 1973.
- Indicadores e Dados Básicos, 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#demog>, capturado em 19/06/2014.
- Ferreira MA et al. O significado do PROFABE segundo os alunos: contribuição para a construção de uma política pública de formação profissional em saúde. *Texto Contexto Enferm*, 16(3): 445-52, 2007.
- Feuerwerker LCM. Médicos para o SUS: gestão do trabalho e da educação na saúde no olho do furacão! *Interface. Comunicação, Saúde, Educação* v.17, n.47, p.929-30, out./dez. 2013.
- Giovanella L, Lobato LVC, Carvalho AI, Conill EM, Cunha EM. Sistemas Municipais de Saúde e a Diretriz da Integralidade da Atenção: Critérios para Avaliação. *Saúde em Debate*; 26 (60):37-61, 2002.
- Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad Saúde Pública*; 22(5):951-963; 2006.
- 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>
- Giovanella L et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):783-794, 2009.
- Giovanella L. *Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada*. Rio de Janeiro: Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud; 2013.
- Kushnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*; 15(5):2307-16; 2010.
- Langdon EJ e Diehl EE. Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saude soc.*, vol.16, no.2, p.19-36, 2007.
- Macinko J, Guanais FC & Souza, MFM. An Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 13-19; 2006.
- Macinko, J, Souza, MFM, Guanais, FC & Simões, CCS. Going to scale with community-based primary care: An analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Social Science & Medicine*, 65(10):2070-80; 2007.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) Banco de dados da avaliação externa do primeiro ciclo PMAQ-AB 2012. Brasília: MS/SAS/DAB; 2012.
- Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, capturado em 10/02/2014, disponível: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=00
- Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica, capturado em 07/03/2014, disponível em: (http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pic.php?conteudo=interculturalidade).
- Ministério da Saúde: Fundo Nacional de Saúde – FNS e Ministério da Saúde: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento: Coordenação-Geral de Orçamento e Finanças. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ldb2012/e20.htm>, capturado em: 12/03/2014.
- Ministério da Saúde/SESAI. SESA, 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/conheca-a-secretaria-sesai>, capturado em: 19/06/2014.
- Neto FCB, Barbosa PR, Santos IS. Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI (orgs.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
- Organização Panamericana de Saúde. *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas*. Washington DC: World Health Organization; 2005.
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Disponível em: http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2013.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Atlas2013, capturado em 19/06/2014.
- Rasella D et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *The Lancet*, Volume 382, Issue 9886, pag. 57 - 64, 6 July 2013.
- Rehen TCMSB e Egry, EY. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12):4755-4766, 2011.
- Reis AT, Oliveira PTR, Sellera PE. Sistema de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro, v.6, n.2, Ago.; 2012.
- Santos AM, 2013. Gestão do cuidado na Microrregião de Saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde. *Tese de Doutorado*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2013.
- Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cad de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18 (Supl.) 203-211, 2002.

Solla J, Chioro A. Atenção Ambulatorial Especializada. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI (orgs.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

Spedo SM, Tanaka OY, Pinto NRS. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(8):1781-1790, ago, 2009.

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

Travassos C. e Castro MSM. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI (orgs.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

Vianna MLTW, Cavalcanti ML e Cabral MP. Participação em saúde: do que estamos falando?. *Sociologias*, no.21, p.218-251, 2009.

Vieira RS; Cervo, LMS. "Estimativas de custos dos recursos humanos em atenção básica: Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB)". Nota Técnica nº16. Rio de Janeiro: IPEA; 2013.

ANEXO I – INDICADORES BRASIL

Brasil Indicadores Demográficos (2012)	
População	193.976.530 (2012)
Proporção de população urbana	84,8 (2012)
Proporção de população menor de 15 anos de idade (0-14)	24,09 (2012)
Proporção de população de 60 anos e mais de idade	10,8 (2012)
Taxa de fecundidade	1,78 (2011)
Esperança de vida ao nascer: total	(2012)
Homens	70,9
Mulheres	78,2
Total	74,5
Regiões	(2012)
Norte	71,3
Nordeste	71,9
Sudeste	76,3
Sul	76,6
Centro-Oeste	77,7
% da população de 15 anos ou mais com analfabetismo funcional (menos de 4 anos de estudo)	18,35 (2012)
Taxa de analfabetismo (população de 15 anos e mais de idade)	8,67 (2012)

Fonte: Indicadores e Dados Básicos, 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2012/matriz.htm#demog>, capturado em 19/06/2014.

Brasil Indicadores Socioeconômicos	
PIB per capita em dólares ppp	US\$ 14.551 (2012) ¹
Índice de Desenvolvimento Humano para o país	0,73 (2012) ²
Razão de renda 20% superior/ 20% inferior	17,09 (2012) ³
Índice de Gini da renda domiciliar per capita	0,5277 (2012) ³
Norte	0,5136
Nordeste	0,5424
Sudeste	0,5013
Sul	0,4646
Centro-Oeste	0,5271
Gasto nacional público em saúde como proporção do PIB por ano	3,7 (2010) ³
% de gastos públicos em saúde (impostos e seguridade social) no total de gastos em saúde	46,4% (2012) ¹
Proporção da população com acesso sustentável a fontes abastecimento de água potável	84,41% (2012) ³
Proporção da população com acesso a serviços de saneamento	76,11 (2012) ³

Fonte: 1 – Banco Mundial, 2012. Disponível em: http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.PP.CD?order=wbapi_data_value_2012+wbapi_data_value+wbapi_data_value-last&sort=asc, capturado em 19/06/2014.

2 – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Disponível em: http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2013.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Atlas2013, capturado em 19/06/2014.

3 – Indicadores e Dados Básicos, 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2012/matriz.htm#demog>, capturado em 19/06/2014.

Brasil Indicadores de Mortalidade ¹ - 2000, 2005, 2010, 2011				
Indicador	2000	2005	2010	2011
Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos	26,1	20,4	16,0	15,3
Taxa de mortalidade infantil neonatal por mil nascidos vivos	13,1	10,5	8,5	8,1
Taxa de mortalidade infantil pós neonatal por mil nascidos vivos	3,6	3,2	2,6	2,5
Taxa de mortalidade de menores de 5 anos	30,1	23,7	18,6	17,7
Razão de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos	73,3	74,7	68,2	64,8
Proporção de óbitos por doença diarreica aguda em menores de 5 anos de idade	4,5	4,1	2,1	1,6

Fonte: Indicadores e Dados Básicos, 2012.

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2012/matriz.htm#demog>, capturado em 19/06/2014.

1 - Taxas estimadas com os dados informados ao SIM e ao SINASC.

Brasil Indicadores de Cobertura (2000, 2005, 2010, 2011)				
Indicador	2000	2005	2010	2011
Proporção de população menor de 1 ano imunizada com a terceira dose da vacina tetravalente	-	102,82	98,01	99,61
Proporção de população gestante atendida por pessoal capacitado durante a gestação com 7 consultas e mais	45,97	53,63	61,11	61,84
Proporção de partos hospitalares	96,52	97,06	98,07	98,08
Proporção de óbitos por causas mal definidas	14,3	10,4	7,0	6,7
Número de consultas médicas SUS por habitante/ano	2,25	2,39	2,71	2,83

Fonte: Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2012/matriz.htm#demog>, capturado em 19/06/2014.

Brasil Indicadores de Força de Trabalho em Saúde (2000, 2005, 2010)			
Indicadores	2000	2005	2010
Razão de médicos por mil habitantes para o país¹	1,39	1,68	1,86
Norte	0,42	0,82	0,90
Nordeste	0,81	0,99	1,09
Sudeste	1,97	2,28	2,51
Sul	1,43	1,73	2,06
Centro-Oeste	1,24	1,68	1,76
Número e razão de médicos com especialidade em Medicina de Família e Comunidade por mil habitantes²	0,0168 (2013)		
Razão de enfermeiras(os) por mil habitantes para o país e regiões¹	0,44	0,55	1,51
Norte	0,32	0,48	1,19
Nordeste	0,38	0,47	1,05
Sudeste	0,53	0,60	1,91
Sul	0,37	0,57	1,41
Centro-Oeste	0,40	0,59	1,45
Razão de odontólogos por mil habitantes para o país e regiões¹	0,86	1,13	1,27
Norte	0,35	0,48	0,64

Brasil Indicadores de Força de Trabalho em Saúde (2000, 2005, 2010)			
Nordeste	0,40	0,53	0,65
Sudeste	1,25	1,59	1,72
Sul	0,85	1,19	1,42
Centro-Oeste	0,92	1,29	1,46
Razão de agentes comunitarios de saúde por mil habitantes ³	0,82	1,17	1,28

Fonte: 1 – Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#demog>, capturado em 19/06/2014.

2 – Demografia Médica no Brasil, 2013.

3 – N. Agentes Comunitários de Saúde/populaçãoX1.000 – Departamento de Atenção Básica, MS

Brasil Indicadores de Capacidade instalada 2014	
Número de unidades de centros de saúde, unidades básicas de saúde	34.013
Centros de saúde por 10 mil habitantes	1,77
Postos de Saúde	10.651

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, disponível: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=00, capturado em 10/02/2014.

ANEXO II

Atenção Primária Integral em Saúde: o caso do “acesso avançado” no município de Curitiba, Paraná

Nos dias 27 e 28 de março foi realizada visita ao município de Curitiba, capital do estado do Paraná, localizado na região sul do país. A população estimada para 2013 é de cerca de 1,849 milhões de habitantes, sendo a maior cidade da região. Possui Índice de Desenvolvimento Humano-Municipal de 0,823, considerado muito alto, taxa de mortalidade infantil de 8,71 e de analfabetismo de 2,3 para o ano de 2011. Faz parte da 2ª Região de Saúde Metropolitana, juntamente com mais 28 municípios.

A Atenção Primária à Saúde no município de Curitiba

Desde 1979, o município de Curitiba adotou estratégias para hierarquização e regionalização dos serviços de saúde com base em princípios da Atenção Primária à Saúde. Em 1985 o município aderiu às Ações Integradas de Saúde (AIS) recebendo recursos federais para expansão de sua rede de centros de saúde e clínicas odontológicas. Desde 1991, são desenvolvidas experiências com foco na saúde da família, inclusive com formação de equipes multiprofissionais e incorporação da saúde bucal. Tais equipes já atuavam com base nos princípios de uma APS abrangente, com base nas experiências de Niterói e do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre.

Em 1992 foram criados os Núcleos Regionais de Saúde, dando início ao processo de descentralização. O prontuário eletrônico, implantado desde 1999 é uma importante estratégia para integração da rede e garantia da continuidade dos cuidados. A preocupação com a qualificação da gestão reflete-se no estabelecimento de Contratos de Gestão entre Secretaria Municipal de Saúde e equipes, desde 2002, com indicadores de resultados pactuados com as unidades de saúde e que implica em incentivos financeiros aos profissionais.

Embora seja reconhecida a conformação de uma rede de serviços de saúde robusta, a partir de 2013, com a nova gestão municipal, foi iniciado processo de reestruturação dos processos de trabalho e organização da rede com base no princípio de que a APS deve de fato assumir seu papel de ordenadora das redes de atenção e coordenadora dos cuidados.

Neste sentido, em 28 de março de 2013 foi assinado um novo decreto que regulamenta e define os princípios da APS no município, balizado pelas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (2011). Entre as definições, estabelece que as equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal, Consultório de Rua e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família são as estratégias prioritárias para organização da APS. Em janeiro de 2014, a cobertura era de 44,6% com 230 equipes, uma vez que o município possui expressivo número de Unidades Básicas de Saúde com equipes tradicionais. Ao todo são 109 UBS, das quais

69 contam com equipes de Saúde da Família. O Decreto permite também maior flexibilização na composição das equipes em relação à carga horária dos profissionais. Os trabalhadores da saúde são funcionários públicos estatutários, com exceção dos Agentes Comunitários de Saúde, contratados por uma ONG. Ainda assim, o município também enfrenta falta de médicos para a APS, tendo recebido 41 profissionais por meio do “Mais Médicos”.

Parte das mudanças promovidas na organização dos serviços de APS veio de um diagnóstico de que, embora possuísse uma rede bem estruturada, cerca de 30% dos usuários de Curitiba e região metropolitana, buscam as 8 Unidades de Pronto Atendimento da cidade como serviço de primeiro contato para casos que poderiam ser assistidos e acompanhados nas UBS. A concorrência das Unidades de Pronto Atendimento como porta de entrada identificou outro problema na organização da APS, estruturada de tal forma por ações programáticas voltadas a grupos e patologias prioritários que parte importante da população passou a buscar outros serviços.

O processo de mudança ocorreu também na conformação do organograma da Secretaria Municipal de Saúde, com a criação de um Departamento de APS, cujas cinco coordenações que a compõe refletem a reorganização da gestão em torno de uma atenção centrada nas pessoas: Coordenação do Cuidado; Acesso e Vínculo; Carteira de Serviços; Apoio, Logística, Estrutura e Recursos Humanos; Informação, avaliação e estímulo para a qualidade.

No campo do acesso vêm sendo empreendidas as mudanças mais importantes e com maior impacto no modo de organização do processo de trabalho das equipes. Uma das proposições, já em curso, foi a ampliação do horário de funcionamento das unidades. A maioria das Unidades Básicas de Saúde já funcionavam de segunda à sexta-feira, de 7:00 às 19:00 horas. Desde 2013, pelo menos uma unidade em cada um dos oito Distritos Sanitários já funcionada até as 22:00 horas durante a semana. Também está prevista ampliação da cobertura por equipes de Saúde da Família uma vez que metade das unidades da cidade não trabalha na lógica da Estratégia Saúde da Família.

Além de reformas das Unidades Básicas de Saúde, a compra de equipamentos como eletrocardiógrafo, eletrocautério, material para biopsia de pele, entre outros, reflete a preocupação em ampliar a carteira de serviços oferecidos pela APS, inclusive com estratégias de remuneração variável. Conforme mencionado, Curitiba, desde 2002, já adota estratégia de remuneração por desempenho – Incentivo ao Desenvolvimento de Qualidade – IDQ. A atual gestão constituiu grupo de trabalho para análise da reestruturação do IDQ, com vistas a incorporar indicadores vinculados ao processo de trabalho das equipes e não apenas de produção. Todo o processo vem sendo discutido pela equipe de gestão nas diversas UBS. Um dos indicadores propostos para compor o IDQ é o N° de usuários que buscam Unidades de Pronto Atendimento no horário de funcionamento de sua UBS de referência. Conforme observado em uma reunião de equipe com presença de gestor do nível central, este tema tem gerado bastante resistência por parte dos trabalhadores, que questionam

entre outras coisas, que o usuário opta por buscar atendimento nas Unidades de Pronto Atendimento e que a equipe não poderia ser penalizada por isto. Outro ponto observado é que embora o IDQ faça parte de uma remuneração variável, muitos profissionais habituaram-se a recebê-lo.

Contudo, a proposta mais ousada da gestão atual refere-se à implantação do “acesso avançado”, que faz parte do entendimento de que é preciso refletir e experimentar novas possibilidades de organização do acesso às unidades de APS com base na flexibilização nas agendas de atendimento com vistas a garantir utilização oportuna dos serviços.

Não há uma forma única para implantação da estratégia de acesso avançado. Este processo, embora induzido pelo Departamento de APS, vem sendo discutido no âmbito dos distritos e nas Unidades Básicas de Saúde. O ponto principal trata-se da organização da agenda do profissional médico e enfermeiro de forma a atender todos os usuários que buscam atendimento no dia. O diagnóstico propulsor das mudanças era de que as ações de APS, sobretudo, desenvolvidas na lógica programática, ocupava a agenda dos profissionais com consultas agendadas, por grupos tradicionalmente acompanhados, levando o restante da população a buscar outras portas de entrada para cuidados que poderiam ser prestados na APS. A ideia é que cada equipe, a seu modo, organize o processo de trabalho, e que todo usuário que busque a unidade seja acolhido e direcionado a um profissional de sua equipe, podendo ser o médico ou o enfermeiro. A marcação deve ser, preferencialmente, para o mesmo dia. O usuário é acolhido, em geral pelos técnicos de enfermagem, que verificam a agenda informatizada dos profissionais e marcam a consulta nos horários disponíveis. A marcação pode não ser realizada para a mesma hora, conforme critérios de prioridade. Nesse caso, o usuário é informado do horário de retorno e não precisa ficar esperando pelo atendimento na UBS. A discussão vem sendo seguida pela implementação de outras alternativas para marcação de consultas via telefone ou pela internet.

A necessidade de modificar o processo de trabalho das equipes também foi uma iniciativa de profissionais das próprias equipes. Oficinas para discussão do tema foram realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde. Em uma delas, no ano de 2013, participaram mais de 600 profissionais da rede, sendo as discussões guiadas por perguntas-chave que buscavam fomentar a discussão sobre os problemas enfrentados pelo município para garantia do acesso: como se organiza o atendimento das urgências durante o dia? Qual o espaço dado na agenda aos programas e outras formas de atender esses grupos? Qual o tempo de espera para uma consulta? Qual o papel do enfermeiro no atendimento em APS?

A discussão e o desenvolvimento de novas formas de organização do processo de trabalho têm sido bastante heterogêneos entre as unidades, com algumas equipes já trabalhando na lógica do acesso avançado, outras em processo de reestruturação e outras ainda sem mudanças. Resistências têm sido observadas por parte dos profissionais, sendo parte dos enfermeiros. Alega-se que a abertura das portas da Unidade Básica de Saúde à demanda espontânea desestruturaria

e descaracterizaria o trabalho em APS, tornando a saúde da família um pronto-atendimento, no qual as equipes não conseguiriam desenvolver ações coletivas e de educação em saúde. As experiências das unidades que apostaram no acesso avançado têm mostrado que em um razoável espaço de tempo, a busca pelas unidades sofre um processo de acomodação, havendo espaço na agenda para a realização de grupos, visitas domiciliares, entre outras.

A observação de uma reunião de equipe que há duas semanas experimentava a mudança do processo de trabalho na perspectiva do acesso avançado mostrou grande resistência por parte, principalmente, da equipe de enfermagem, que alegava que para algumas UBS a experiência não seria adequada. Alegavam que nos casos em que o médico falta, ou quando a demanda de uma área é maior que a de outra ou ainda quando há escalas de horário diferenciadas entre profissionais das equipes, não haveria possibilidades de atender todos os usuários que buscam a unidade no dia.

Em meio a resistências, mas também oportunidades, a Secretaria Municipal de Saúde segue fortemente induzindo a discussão e mudança de práticas sobre acesso e resolutividade pela APS. O desafio da reestruturação da rede de cuidados em saúde tem como eixo central o fortalecimento da APS em seus atributos do acesso, vínculo e resolutividade, em um município cuja APS representa a maior parte das unidades e profissionais de saúde e responde por aproximadamente 40% do orçamento da saúde.

ANEXO III

Atenção Primária Integral em Saúde: o caso da Unidade Básica de Saúde Fluvial do município de Borba, Amazonas

Nos dias 19, 20 e 21 de março foi realizada visita ao município de Borba, localizado na calha do Rio Madeira, região sudeste do Estado do Amazonas e faz parte do Parque Estadual do Maturipe. A população estimada para 2013 é de 38.073 habitantes. É o 5º município com maior extensão territorial do país com 44.251,701 km², densidade demográfica de 0,79 e composto por 240 comunidades – ribeirinhas, aldeias indígenas (cerca de 60) e assentamentos. Junto com os municípios de Apuí, Manicoré, Novo Aripuanã e Humaitá compõem a Comissão Intergestora Regional do Rio Madeira, sendo o último, o município a sede. A taxa de analfabetismo em 2010 era de 15,7 e o IDH-Municipal 0,560. O acesso ao município ocorre somente por via aérea ou fluvial.

A Atenção Primária à Saúde no município de Borba

No ano de 2005 foi iniciado processo de reestruturação da APS no município com ampliação da cobertura e reestruturação do processo de trabalho. De duas equipes de Saúde da Família, atualmente, o município conta com 9 equipes sendo: 6 na área urbana, 2 em comunidades ribeirinhas e uma equipe que atua na Unidade Básica de Saúde Fluvial Igarapu, a primeira do Brasil construída especificamente para funcionar como um centro de saúde fluvial.

A rede municipal é composta, além das 9 UBS, por um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS1), um Núcleo de Apoio ao Saúde da Família e 1 Hospital Geral de 40 leitos sob gestão do município, mas construído e equipado pelo Estado. O CAPS é composto por assistente social, psicóloga, enfermeira, psiquiatra que também atua em esquema de plantão na cidade. Já o Núcleo de Apoio à Saúde da Família é composto por fisioterapeuta, educador físico, assistente social, farmacêutico e nutricionista. Em Borba atuam 117 Agentes Comunitários de Saúde, sendo 36 na área urbana e 81 na área rural e comunidades ribeirinhas. A quantidade de famílias sob responsabilidade do ACS respeita as especificidades da região, sendo que alguns têm apenas 15 famílias.

No hospital geral atuam 4 médicos contratados em esquema de plantão de 7 dias. O plantonista, durante as 24 horas dos 7 dias atende toda demanda que busca atendimento hospitalar, desde consultas à realização de cirurgias, em geral, cesáreas, hérnias, apêndice, por exemplo. Não há presença de anestesista. Estes profissionais recebem R\$15.000,00 por plantão, também vinculados por meio de contrato temporário. Já se tentou contratá-los por meio de escalas de 24 por 24, mas os mesmos não aceitam esta condição, pois fazem mais plantões em esquema de 7 dias em outros municípios. Os médicos realizam cirurgias, embora não tenham residência nesta área, sendo mencionado pelo gerente que esta seria uma realidade de todo o estado. Atualmente são contratados 2 médicos peruanos, 1 boliviano (com

diplomas revalidados) e 1 brasileiro,. Contratar estes profissionais para atuarem em tempo integral no município foi uma forma de tentar minimizar gastos com remoções, já que era grande o número de pessoas transferidas para Manaus em avião fretado pelo município. No caso de necessidade de Unidade de Terapia Intensiva, o estado envia UTI aérea, única do Amazonas. Todas as ações são realizadas para tentar evitar a transferência de usuários, já que não há qualquer tipo de apoio para os usuários na capital. O laboratório de patologia clínica, referência para todas as Unidades Básicas de Saúde funciona no hospital, onde é feita também a coleta de material. A Unidade Hospitalar Vó Mundoca é credenciado como Hospital Amigo da Criança e junto com as UBS faz parte da Rede Amamenta.

No Município, não há prestação privada de serviços de saúde: há apenas 1 médico que presta atendimento privado e realiza exames de ultrassonografia.

O município recebeu 4 profissionais cubanos por meio do “Mais Médicos”. Já havia um médico cubano que atua no Distrito Sanitário Especial Indígena (DISEI). Os profissionais que atuam na rede são contratados por meio de Contratos Temporários, renováveis por tempo indeterminado. É recolhido INSS, porém não é pago 1/3 de férias, embora os trabalhadores possam gozá-las. Também não é pago 13º salário, apenas para os Agentes Comunitários de Saúde. O salário bruto do médico das comunidades ribeirinhas é de R\$22.000,00 e da área urbana R\$20.000,00. São exigidas 40 horas semanais para todos os profissionais das equipes de Saúde da Família. Há um projeto para realização de concurso público. O salário do enfermeiro é de R\$4.000,00 e do odontólogo R\$4.000,00 área urbana e R\$4.500,00 área rural. Não há dificuldade para contratação de profissionais, exceto médicos. Há disputa ou “leilão” de deste profissional entre os municípios que oferecem cargas horárias reduzidas para atrair profissional, o que deixa Borba em desvantagem ao exigir cumprimento das 40 horas.

É observada mudança no perfil dos profissionais médicos que atuam na região. Anteriormente eram, sobretudo, profissionais vindos de outras regiões, principalmente São Paulo. Agora já se observa profissionais da região, o que contribui para a fixação. Em Manaus, há 3 faculdades de medicina, duas públicas e uma privada, o que é insuficiente para a provisão de profissionais para a região.

O investimento municipal em saúde foi de 16,9% da receita no ano de 2013, menor que o percentual investido em 2012, que foi de 19%. Há pouca participação do estado no financiamento da saúde.

Uma das inovações do município foi ter recebido a primeira Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) do país, embarcações que comportam uma ou mais equipes de Saúde da Família Fluvial, equipadas com os materiais necessários para atender à população ribeirinha da região do Amazônia Legal, que abrange os estados do Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e parte do Maranhão, e Pantanal Sul Mato-Grossense. As UBSF fazem parte da Política Nacional de Atenção Básica brasileira e cujo objetivo é responder às especificidades para atendimento às populações ribeirinhas. O financiamento das UBSF é realizado pelo governo federal por meio de repasse Fundo a Fundo.

A estrutura física da unidade é a mesma de uma unidade terrestre, contendo:

consultórios médico, de enfermagem e odontológico; sala de grupos e atividades coletivas, ambiente para armazenamento e dispensação de medicamentos; laboratório; sala de vacina; banheiros; expurgo; cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe; cozinha; sala de procedimentos; identificação segundo padrões visuais da Saúde da Família, estabelecidos nacionalmente. A Unidade Básica de Saúde Fluvial Igarapu realiza viagens com duração média de 20 dias por mês no período de cheia dos rios, em área delimitada para atuação, compreendendo o deslocamento fluvial até as comunidades e o atendimento direto à população ribeirinha. A partir do mês de agosto duram em média 12 dias em virtude da vazante. A população cadastrada em 2014 é de 3157 pessoas distribuídas pelas 44 comunidades rurais, atendidas por uma equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal composta por: 2 técnicos de enfermagem, 2 Auxiliares de Saúde Bucal, 1 enfermeiro, 1 médico, 1 administrador, 1 odontólogo, 1 bioquímico e 5 tripulantes. O repasse federal de R\$50.000,00/mês não é suficiente para a manutenção da unidade, cujo custo mensal é estimado em R\$130.000,00.

A primeira viagem ocorreu em abril de 2013. Mesmo antes da existência da Unidade Básica de Saúde Fluvial, desde 2007, o município já desenvolvia ações para o cuidado à saúde das comunidades rurais, sendo um grande desafio. Os atendimentos eram realizados de maneira improvisada em escolas e centros sociais, sem privacidade nas consultas, realizados em barco alugado pela prefeitura e adaptado para atendimento. Em terra, os atendimentos eram feitos nos centros comunitários ou escolas presentes nas comunidades. Procedimentos como a coleta do preventivo era realizado em alguma casa escolhida na comunidade. A cobertura de pré-natal era baixa. Com a unidade fluvial, foi relatado aumento do vínculo, de cobertura vacinal, aumento no número de atendimentos e melhor controle da malária. Nas comunidades, o atendimento é organizado pelo Agente Comunitário de Saúde e a equipe realiza uma reunião geral com todos, uma vez por mês.

Após os 20 dias, a equipe retorna a Borba e os profissionais têm 10 dias de descanso. Os outros 10 dias antes da próxima viagem são utilizados para planejamento das ações, rotas, análise dos dados epidemiológicos, reuniões de equipes e também atendimentos realizados na unidade. Atualmente os atendimentos são planejados, o processo de acolhimento vem sendo trabalhado tanto através de estudo e discussão como na prática do dia a dia dos atendimentos, a educação em saúde e a educação permanente vem sendo desenvolvidas visando à promoção e prevenção das doenças, assim como a qualificação profissional; a equipe se esforça para oferecer um atendimento de qualidade e resolutivo, sem perder a continuidade das ações até mesmo nos encaminhamentos realizados a especialistas, e com isso, mais de quarenta comunidades são atendidas, um total de mais de 3000 mil famílias. Em algumas comunidades está em curso a implantação dos conselhos locais de saúde.

O município é reconhecido pelo fortalecimento de sua rede de APS e desde 2005 vem investindo em estrutura física, equipamento e recursos humanos em saúde (Kitajima, Moreira, 2012). As UBS possuem estrutura física bastante adequada e seis delas possuem Academias da Terceira Idade. No 1º ciclo do Programa PMAQ, das 6 equipes que aderiram, 3 obtiveram conceitos acima da média nacional. No 2º

ciclo, sete equipes aderiram ao programa. Os incentivos do 1º ciclo foram utilizados para premiar alguns profissionais da saúde que se destacaram, mas a maior parte do recurso foi usada na compra de medicamentos. Os incentivos federais são considerados insuficientes, sobretudo para o pagamento do profissional médico, além da pouca participação do estado. A articulação regional também é dificultada por características do próprio território. Apenas no ano de 2013 foi constituída a Comissão Intergestora Regional do Rio Madeira e até meados de 2014 só haviam ocorrido 3 reuniões. A distância entre os municípios exige dias de deslocamento para que a reunião ocorra o que também inviabiliza a constituição de redes regionalizadas para provisão de acesso oportuno, motivo pelo qual Borba tenta assumir ao máximo a atenção em saúde à população de forma resolutiva.

Fotos da Unidade Básica de Saúde Fluvial Igaráçu – Borba/AM



Fotos da Unidade Básica de Saúde Fluvial Igarau – Borba/AM



