

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

FATORES INTERVENIENTES NA IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS

Celi da Silva Medeiros

Belo Horizonte

2014

Celi da Silva Medeiros

**FATORES INTERVENIENTES NA IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS**

Monografia de Conclusão do Curso de
Especialização em Saúde Coletiva da Escola de
Enfermagem da Universidade Federal de Minas
Gerais.

Orientadora: Prof^a Dra Kênia Lara Silva

Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG
2014

Celi da Silva Medeiros

**FATORES INTERVENIENTES NA IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização
em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da
Universidade Federal de Minas Gerais (ENF-UFMG)

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a Dra Kênia Lara Silva (Orientadora)

Prof^a Dra Paula Gonçalves Bicalho

Prof^a Ms Kátia Ferreira Costa Campos

Data de aprovação: 25/04/2014

Belo Horizonte
2014

Agradecimentos

Agradeço a Deus por ter me concedido o dom da vida, ter me abençoado, iluminado e protegido os meus dias durante esta trajetória acadêmica.

Aos meus familiares, pelas orações, apoio, paciência e incentivo para a concretização deste sonho.

Agradeço à Pró-reitoria de recursos humanos da UFMG, pelos projetos de incentivo à capacitação funcional dos técnicos administrativos, bem como a coordenação e meus colegas de trabalho do laboratório central do HC/UFMG.

Agradeço a orientadora Prof^a Dra Kênia Lara Silva pelo empenho que teve em me auxiliar ao longo da elaboração deste estudo, respeitando meus limites e minhas dificuldades. Enfim a todos que torceram e acreditaram que eu era capaz.

“Em geral, nove décimos da nossa felicidade baseiam-se exclusivamente na saúde.
Com ela, tudo se transforma em fonte de prazer”.
(Arthur Schopenhauer)

LISTA DE SIGLAS

PSF: Programa Saúde da Família

ESF: Estratégia Saúde da Família

SES-MT: Secretaria Estadual de Saúde-Mato Grosso

SUS: Sistema único de Saúde

PMAQ-AB: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PROESF: Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PROVAB: Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

SISREG: Sistema Nacional de Regulação (Sistema on-line de informação: DATASUS)

CSP: Cuidados de Saúde Primários

RESUMO

A atual situação de saúde no Brasil apresenta uma transição no cenário epidemiológico com predominância das mortes relativas às doenças cardiovasculares, aos cânceres, acidentes e à violência. A maioria das causas destas perdas poderia ser minimizada através de investimentos em prevenção de agravos e promoção da saúde. Visando o fortalecimento da assistência primária à saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma aposta de mudança do modelo assistencial e tem por objetivo prestar uma assistência contínua à população visando melhorar as condições de saúde e de vida. O objetivo deste estudo é relatar os fatores intervenientes à implantação da ESF nos municípios brasileiros. Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, foram realizadas buscas retrospectivas sobre o tema, publicados em periódicos científicos, e sites oficiais, no período de 2006 a 2013. Os resultados encontrados revelam a falta de capacitação e alta rotatividade funcional, falta de recursos financeiros, problemas de infraestrutura física e equipamentos, falhas no processo de referência e contra-referência e problemas relativos às peculiaridades dos grandes municípios, como a violência urbana. Conclui-se que apesar das dificuldades, os indicadores de saúde e o acesso aos serviços melhoraram nos últimos anos, mas ainda há necessidade de maior investimentos na atenção primária à saúde.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde, Programa Saúde da Família, Programas Nacionais de Saúde, Serviços de Saúde, e Política de Saúde.

ABSTRACT

The current health situation in Brazil shows a transition in the epidemiological setting with a predominance of deaths related to cardiovascular disease, the cancers, accidents and violence. Most causes of these losses could be minimized by investing in prevention and health promotion. Aimed at strengthening the Primary Health Care the federal government launched the program (model) Family Health Strategy (FHS), whose objective is to provide continuous care to the population to improve health conditions and life. The aim of this study is to report to stakeholders ESF implementation factors in Brazilian municipalities. This is a bibliographic review, retrospective searches on the topic, published in scientific journals, and official sites for the period 2006 to 2013 were performed. The results showed a lack of functional training and high turnover, lack of financial resources, poor physical infrastructure and equipment failures in the referral and counter-referral process, and problems related to the peculiarities of large municipalities, such as urban violence. It is concluded that despite the difficulties, health indicators and access to services improved in recent years, but there is still need for greater investment in primary health care.

Keywords: Primary Health Care, Family Health Programme, National Health Programs, Health Services and Health Policy

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 REFERENCIAL TEÓRICO:	10
Histórico da Atenção Primária de Saúde (APS)	
3 OBJETIVO	14
4 METODOLOGIA	15
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	16
5.1 Fatores intervenientes ao processo de implantação da ESF	16
5.1.1 Recursos humanos na ESF	19
5.1.2 Recursos materiais e estrutura física	21
5.1.3 Financiamentos da ESF	22
5.1.4 Referência e contra-referência	24
5.1.5 Aspectos políticos e de gestão	26
5.2 Evolução de cobertura do PACS e ESF e contexto atual	29
5.3 Estratégia Saúde da Família nos grandes municípios	32
Programa Saúde em Casa – Minas Gerais	37
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 INTRODUÇÃO

A década de 80 no Brasil foi marcada por movimentos populares que buscavam melhores condições de vida, principalmente no que diz respeito à situação de saúde. Até então, o sistema de saúde vigente estava baseado num modelo curativista, voltado para o tratamento das doenças em detrimento da prevenção de agravos e da promoção da saúde.

Um amplo processo de mobilização social culminou em 1986 com a VIII Conferência Nacional de Saúde, que articulou representação de diferentes segmentos: profissionais de saúde, acadêmicos, sindicalistas, movimentos de bairro, associações de moradores e políticos em torno de reivindicação da saúde como direito universal. Cerca de quatro mil pessoas se reuniram em Brasília, dos quais mil eram delegados com direito a voz e voto, para discutir os rumos do sistema de saúde.

O relatório final desta conferência serviu de base constitucional para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS criado na constituição de 1988 tem como princípios doutrinários Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira. A descentralização e a participação social foram algumas das importantes dimensões da proposta que foram incorporadas ao novo sistema de saúde.

Dentre os programas implantados pelo SUS destaca-se o Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). O PSF foi criado em 1994 com o objetivo de reorganizar o sistema de saúde vigente. Cada equipe de saúde da família é composta, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

A implementação das ESF nos diversos municípios brasileiros é um desafio a ser enfrentado e são vários os fatores intervenientes para a consolidação desta política pública.

Como profissional de saúde e usuária do SUS tenho observado que são vários os municípios que ainda tem uma pequena cobertura de ESF, inclusive no município de minha residência, o que me levou a questionar porque após quase 20 anos da criação do programa, sua cobertura ainda não atinge toda a população.

Assim, propôs-se este estudo que tem como objetivos analisar a experiência de implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos municípios brasileiros e descrever os fatores intervenientes para consolidação desta política de saúde.e descrever a evolução de cobertura do programa ACS/ESF, e o contexto atual.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Histórico da Atenção Primária de Saúde (APS)

Os primeiros conceitos de Atenção Primária à Saúde (APS) foram difundidos pelo médico inglês Bertrand Edward Dawson (1864-1945). Em 1920, Dawson elaborou um relatório propondo a reestruturação dos serviços de saúde que seriam responsáveis por ações preventivas e terapêuticas, associados com a ideia de regionalização e hierarquização dos cuidados. A separação entre medicina Preventiva e Curativa era criticada por Dawson, que considerava que a formação médica não deveria se dar apenas nos hospitais de ensino especializado, pois o médico generalista deveria exercer funções junto ao indivíduo e à comunidade (HÜBNER, FRANCO, 2007).

De acordo com o CONASEMS (2013), o Relatório Dawson apresentava os conceitos de:

- Território
- Populações adscritas
- Porta de entrada
- Vínculo/ acolhimento
- Referência
- Atenção primária como coordenadora do Cuidado.

De acordo com Hübner e Franco (2007), Dawson considerava que os currículos das escolas médicas deveriam concentrar seus esforços na formação de um profissional mais generalista, capaz de exercer sua prática em um sistema de saúde regionalizado, em vez de se preocuparem excessivamente com a constituição de disciplinas de especialidades.

O Modelo proposto por Dawson foi adotado, com adaptações por diversos sistemas nacionais de saúde. Neste sentido, países europeus e americanos utilizaram os princípios do Plano Dawson na implementação de políticas públicas da APS.

Na Rússia, o modelo de Dawson influenciou o sistema de saúde após a Revolução de 1917. Na Inglaterra, o modelo proposto por Dawson passou a ser o centro do programa de saúde, sendo depois levado a outros países, como Cuba, após a revolução socialista de 1959, e Canadá, no final dos anos 60. Estes países podem ser considerados berços de experiências de medicina familiar no mundo. (HÜBNER; FRANCO, 2007).

Na Inglaterra, Cuba, Canadá e Espanha a estruturação da porta de entrada assumiu desde cedo caráter estratégico na conformação e implantação dos próprios sistemas nacionais

de saúde. Os governos da América Latina nos anos 1980 enfatizavam a atuação do Estado com ações mais focalizadas e seletivas, privilegiando-se o primeiro nível de atenção à saúde (MACHADO et al., 2008).

De acordo com Hübner e Franco (2007), a partir dos anos 60 nos EUA desenvolveu-se a proposta da Medicina Comunitária, implantada como parte da chamada guerra à pobreza, por agências governamentais e universidades, como alternativa aos altos custos dos serviços médicos, serviços estes, direcionados às camadas da população de menor poder aquisitivo. Estes programas baseavam-se na necessidade de ‘integração’ dos marginalizados da sociedade americana, na visão funcionalista da época.

No Brasil são criados os Centros de Saúde que representaram uma proposta de rede básica permanente e que deveria estar próxima às comunidades e combatesse a ignorância do povo a respeito da higiene, diante aos novos desafios colocados pela urbanização e industrialização do país. Seus idealizadores, àquela época, passaram a ocupar cargos na organização sanitária federal, fundando um novo marco da organização sanitária do país. A constituição dessa rede surgiu no momento que o país tinha um quadro de morbi-mortalidade em um contexto de adensamento urbano e pobreza que conferiram legitimidade a essa nova proposta. A influência norte-americana nesse processo teve peso decisivo e garantiu a sua tônica modernizante. A intenção do Departamento Nacional de Saúde era o de implantar, com base em Campanhas Nacionais, o combate a tuberculose, lepra, peste, febre amarela, malária, doenças mentais, tracoma, boubas, doenças venéreas, bem como os serviços de bioestatística, águas e esgotos e saúde dos portos (CAMPOS, 2007).

A Medicina Comunitária se estrutura a partir dos campos de conhecimentos da epidemiologia e vigilância à saúde, valorizando, portanto, as ações coletivas de promoção e proteção à saúde, com referência a um determinado território. Quanto à estrutura, organizam o fluxo da atenção à saúde de forma hierarquizada, considerando como nível primário as ações de menor complexidade a serem realizadas nos locais mais próximos da comunidade, com inclusão de práticas alternativas, e reestruturação do trabalho, inserindo outros profissionais, não médicos, na função assistencial. As propostas pautadas na Medicina Comunitária chegaram à América Latina, financiadas pela OPAS e por instituições filantrópicas como a W. F. K. Kellogg, entre outras (HÜBNER; FRANCO, 2007).

Na década de 70, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) desempenharam papel importante na difusão do conceito de atenção primária à saúde. A I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de saúde, convocada pela OMS juntamente com o UNICEF, é considerada um marco histórico na

discussão da APS. Nessa conferência, a APS foi apontada como componente fundamental de um sistema de saúde eficaz (CASTRO; MACHADO, 2012).

A partir da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários realizada em 12 de Setembro de 1978, em Alma-Ata, Cazaquistão, URSS, ganha força as ideias da Medicina Comunitária, também chamada de Cuidados Primários de Saúde ou Medicina Simplificada (HÜBNER; FRANCO, 2007). Na declaração de Alma-Ata: SAÚDE PARA TODOS NO ANO 2000, os governos têm responsabilidade pela saúde da sua população, implicando na adoção de medidas sanitárias e sociais adequadas.

Com o objetivo de alcançar a meta “Saúde para Todos no Ano 2000”, seguindo orientações da Conferência de Alma-Ata, o Brasil implantou o Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, universalizou o acesso aos serviços e definiu a Atenção Básica à Saúde (ABS) como porta de entrada e principal estratégia para alcançar a meta. Os conceitos de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social da gestão orientam a ABS para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (FACCHINI et al., 2006).

Segundo Castro e Machado (2012) as reformas dos sistemas de saúde dos anos 80 e 90 nos países europeus e latino-americanos revelaram que a APS assumiu características distintas. Nos primeiros, geralmente o termo atenção primária refere-se aos serviços ambulatoriais de primeiro contato, já nos países periféricos, o termo corresponde a programas seletivos, dirigidos a populações pobres.

Na década de 80, o movimento sanitário brasileiro propôs a reorganização do sistema de saúde, com participação popular, universalização do acesso e conformação de um sistema público, descentralizado e com mudanças no modelo assistencial, a partir de uma concepção ampliada de saúde e da afirmação do binômio saúde e democracia (CASTRO; MACHADO, 2012).

No Brasil, final dos anos 1980, algumas cidades do Ceará constituíam o primeiro projeto de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para dar resposta aos problemas de saúde que se apresentavam, alcançando resultados expressivos na redução da morbimortalidade infantil. Em 1991, devido ao sucesso da estratégia, o Programa de ACS (PACS) foi definido como política nacional e encampado pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), voltando-se prioritariamente para os estados do Norte e Nordeste (BORGES; BAPTISTA, 2010).

No início dos anos 90 o PACS é institucionalizado como política federal, representando um programa precursor ao PSF. No que se refere ao modelo de atenção, o PACS desloca o foco do indivíduo para a família, ressalta a importância das ações de

promoção da saúde e prevenção de doenças e valoriza a integração com a comunidade, questões que são incorporadas como diretrizes do PSF. O caráter inovador e o foco do programa na família e na comunidade tornaram-se um marco atrativo de governo, pelo seu potencial de visibilidade política, contribuindo para a sua permanência na agenda das sucessivas gestões ministeriais (MACHADO et al., 2008).

Borges e Baptista (2010) relatam que no início dos anos 1990, desenvolviam também em alguns contextos locais, experiências de conformação de equipes de saúde da família, que ampliavam o escopo da atuação dos ACS.

No estado do Rio de Janeiro, o município de Niterói, tradicional reduto do Movimento Municipalista Brasileiro, foi buscar no modelo cubano, em 1992, sua referência para implantação do modelo de medicina familiar. A proposta de Niterói, o Programa Médico de Família (PMF) e o PACS acabaram servindo de modelo para outros projetos de saúde da família em municípios de outros estados brasileiros. O Ministério da Saúde, quando adotou o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia nacional de construção de um novo modelo de atenção, contou com a participação permanente da equipe coordenadora municipal de Niterói, entre outras (HÜBNER; FRANCO, 2007).

De acordo com Castro e Machado (2012) a atenção básica passa a ocupar papel de destaque na agenda setorial, favorecida pelo avanço da descentralização e pela criação do Programa saúde da Família (PSF) em 1994, inspirado em experiências locais similares e precedido pelo Programa Agentes Comunitários de Saúde, o PACS e o Programa Médico da Família (PMF).

A criação do PSF evidenciou uma nova aliança na política de saúde, com participação de vários atores: gestores locais, técnicos da Comunidade solidária e do UNICEF, e associações comunitárias (CASTRO; MACHADO, 2012).

O período de implantação da ESF variou bastante entre os municípios, grande parte tendo implantado o programa entre 1998 e 1999, após a instituição do incentivo financeiro federal do PACS/PSF no âmbito do PAB-variável (Piso de Atenção Básica), baseado no número de equipes e cobertura populacional (MACHADO et al., 2008). A expansão da cobertura, consolidação e qualificação da estratégia Saúde da Família, nos municípios brasileiros com população acima de 100 mil habitantes foi viabilizada a partir de 2003 através da criação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF.

Atualmente dados do Departamento da Atenção Básica - DAB estima-se que cerca de 108.864.811 de brasileiros são beneficiados pela ESF.

3 OBJETIVOS

- Analisar a experiência de implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos municípios brasileiros;
- Descrever os fatores intervenientes na implantação da ESF, destacando os fatores positivos e dificultadores para consolidação desta política;
- Descrever a evolução de cobertura do programa ACS e ESF e contexto atual.

4 METODOLOGIA

Trata-se de estudo de revisão bibliográfica sobre o tema: os fatores intervenientes na implantação de Equipes Saúde da Família (ESF) nos municípios brasileiros. Foi realizada a busca de artigos nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde e Scielo (Scientific Electronic Library Online), utilizando os descritores: Atenção Primária à Saúde, Programa Saúde da Família, Programas Nacionais de Saúde, Serviços de Saúde, e Política de Saúde.

Foram utilizados artigos disponíveis em português, publicados entre os anos de 2006 a 2013, que disponibilizavam texto completo. Para esta seleção na base de dados BVS, quando combinados os descritores Atenção Primária à Saúde AND Programa Saúde da Família, teve como resultados os títulos de 156 artigos, e 103 artigos quando utilizados os descritores Atenção Primária à Saúde AND Política de Saúde. A busca utilizando os termos Programas Nacionais de Saúde AND Programa Saúde da Família, teve como resultados 29 artigos, e 51 artigos quando combinados os termos Atenção Primária à Saúde AND Programa Nacional de Saúde. Na base de dados da Scielo a busca foi realizada utilizando cada descritor isoladamente, totalizando um total de 281 artigos encontrados. De posse de todo o material selecionado, foram eliminados os artigos que se duplicaram nas duas bases de dados. Após leitura dos títulos e resumos, foram eliminadas as referências pouco relevantes e selecionados os artigos para leitura. Foi realizado um fichamento dos artigos, que foram categorizados de acordo com os capítulos do trabalho: introdução, histórico da Atenção Primária à Saúde, fatores intervenientes na implantação da ESF, Estratégia Saúde da Família nos grandes municípios e dados atuais. No total foram contabilizados 19 artigos para realização deste estudo. Foram utilizadas também neste estudo resoluções, portarias e outros documentos oficiais do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde MG e Secretaria Municipal de Saúde (Belo Horizonte). De posse de todos os dados foi redigida esta revisão.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Fatores intervenientes ao processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF):

A leitura e análise dos artigos incluídos no estudo permitiram caracterizar os fatores intervenientes na implantação da Estratégia de Saúde da Família em Aspectos facilitadores e Aspectos dificultadores. O Quadro 01 demonstra esses aspectos.

Quadro 01 – Categorização dos Fatores intervenientes no processo de implantação da ESF.

Temas	Aspectos facilitadores/avanços	Aspectos dificultadores/desafios
Recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Investimento em capacitação profissional; • Remuneração adequada; • Motivação profissional; • Reconhecimento do trabalho executado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de capacitação profissional, perfil inadequado; • Insuficiência de oferta de profissionais; • Dificuldade de fixação do profissional; • Sobrecarga de trabalho; • Rotatividade de profissionais → comprometimento no vínculo; • Contratos precários; • Baixa remuneração; • Resistência à mudança do modelo.
Estrutura física e recursos materiais	<ul style="list-style-type: none"> • Imóveis próprios; • Fácil acessibilidade; • Adaptação para pacientes com dificuldades de locomoção; • Disponibilidade de materiais de consumo e equipamentos; • Ampliação do horário de funcionamento; • Ambiente acolhedor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Imóveis cedidos ou alugados (institucionalização ESF); • Deficiência de materiais e equipamentos; • Precariedade de estrutura física; • Dificuldade de acesso; • Horário de funcionamento; • Ambiência pouco acolhedora → serviços de baixa qualidade → população pobre.
Financiamento ESF	<ul style="list-style-type: none"> • Repasses financeiros: PAB Piso da Atenção Básica fixo e variável, PROESF, PMAQ; • Incentivo financeiro estadual: Programa Saúde em Casa (MG) 	<ul style="list-style-type: none"> • Forte indução normativa; • Limitação da autonomia gestora; • Instabilidade do financiamento (condicionado ao cumprimento de meta); • Falhas de gestão; • Recursos financeiros nem sempre suficientes para atender a demanda dos serviços de saúde.

Referência e contra referência	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema on-line de Regulação – DATA-SUS: SISREG e TAS (Terminal de Atendimento ao SUS); • Avanços integração SF à rede assistencial; • Possibilidade de redistribuir cotas entre centros de saúde; • Maior imparcialidade no controle de agendas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades para referenciar usuários; • Baixa governabilidade (serviços especializados: gestão estadual); • Falta de serviços de informatização; • Insuficiente oferta de atenção especializada (filas de espera); • Fraca integração ABS com outros níveis de atenção;
Aspectos políticos e de gestão	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio político entre as três esferas; • Apoio tecnológico; • Apoio em capacitação profissional; • Ter PACS ou PMF (Programa Médico da Família); • Apoio intersetorial, ex; BH cidadania, Programa Saúde em Casa (MG), Projeto Terra Mais Igual (Vitória). 	<ul style="list-style-type: none"> • Práticas clientelistas: frequentes trocas de gestores; • Inexistência de programas de apoio; • Sucateamento de polos regionais de saúde; • Divergência político-partidária entre estado e município; • Resistências corporativistas, profissionais e usuários; • Preconceito em relação tecnologia simplificada;

A seguir, passo a discutir os temas identificados como fatores intervenientes ao processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Cabe ressaltar que o processo de implantação da ESF (PSF) no Brasil ocorreu gradativamente em todo o país, inicialmente nos pequenos municípios, nas áreas de maior risco ou mais carentes de Atenção Básica, localizadas na periferia das cidades. Essas regiões se caracterizam por acesso escasso aos serviços de saúde, população pouco informada sobre cuidados básicos de saúde e falta ou carência de saneamento básico. Atualmente a cobertura estende-se às grandes cidades e capitais dos Estados. Iniciou-se nos estados do Rio de Janeiro (Niterói), São Paulo, Mato Grosso, alguns estados do nordeste, Belo Horizonte, e região sul. Durante o processo ocorreram fatores intervenientes negativos e outros facilitadores, como a existência anterior do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Médico da Família (PEREIRA; ALVES, 2004).

Tradicional reduto do Movimento Municipalista Brasileiro, o município de Niterói, com o Programa Médico de Família (PMF), acabou servindo de modelo para outros projetos de saúde da família, inicialmente no estado do Rio de Janeiro, e posteriormente para vários municípios de outros estados brasileiros. O Ministério da Saúde, quando adotou o Programa

de Saúde da Família (PSF) como estratégia nacional de construção de um novo modelo de atenção, contou com a participação permanente da equipe coordenadora municipal de Niterói, entre outras (HÜBNER; FRANCO, 2007).

No processo de implantação e implementação da ESF (PSF) surgiram resistências a alterações no modelo de atenção básica que podem ser explicadas por fatores de ordem econômico-financeira, político-institucional, social e simbólica.

Na primeira dessas dimensões, os gastos financeiros de mudança se relacionam aos investimentos já realizados na estratégia pelas três esferas de governo e à existência de incentivos específicos, em contínua expansão e muitas vezes insuficientes.

No âmbito político-institucional, o peso do PSF se expressa nas estruturas de gestão das secretarias estaduais e municipais de saúde, na existência de orientações normativas e de sistemas de informações próprios e na definição de outras políticas. No aspecto social o resultado foi positivo, porque além da expansão do acesso às ações e serviços de atenção básica, o PSF propiciou a geração de empregos, incluindo os de agentes comunitários de saúde (ACS), que abrem oportunidades de trabalho para pessoas da comunidade local.

A dimensão simbólica refere à associação do PSF com a ideia de transformação do modelo de atenção à saúde, vinculada aos princípios do SUS e ancorada em experiências locais, o que confere à estratégia uma importante base social de apoio (CASTRO; MACHADO, 2012).

De acordo com Pereira e Alves (2004), em artigo publicado sobre a implantação do PSF em Belo Horizonte, relatam que alguns elementos favoráveis ao desenvolvimento e à consolidação do PSF passam: a) pelo espaço político e institucional, ocupado por uma estratégia estruturante da Atenção Básica, capaz de contribuir para a reorganização dos sistemas locais; b) pelo incremento de recursos orçamentários, inclusive externos, com a inclusão de novos parceiros gestores e instituições de ensino e por último, c) pela incorporação da NOAS 01, que dá mais resolutividade à Atenção Básica, organizando os serviços de forma hierarquizada e regionalizada, e possibilitando uma assistência integral.

Apesar de por um lado à implantação do PSF (ESF) apresentar elementos favoráveis, por outro, a prática tem revelado a incapacidade de se oferecerem respostas aos problemas relativos a recursos humanos, estruturas físicas, financiamento, referência e contra-referência, aspectos políticos (problemas de gestão) e a consolidação nos grandes centros urbanos.

5.1.1 Recursos humanos na Estratégia Saúde da Família (ESF)

Na grande maioria dos estudos, os principais problemas na implantação do programa ESF estão relacionados à capacitação e vínculo dos profissionais e da dificuldade de se fixarem no interior. As autoras relatam no artigo sobre a política de atenção básica do ministério da saúde, o problema da alta rotatividade de profissionais na atenção básica, não só dos ACS, mas outros profissionais que compõem a estratégia de saúde da família, com prejuízo das relações entre estes e usuários, e a ausência de complementaridade das ações e cooperação no interior das equipes de saúde da família (BORGES; BAPTISTA, 2010).

Gaíva e Silva (2008) apontam que a dificuldade de interiorizar e fixar profissionais médicos e enfermeiros era na época e ainda é hoje, um dos grandes entraves para a consolidação da proposta da ESF. No interior do Estado de Mato Grosso há dificuldades de acesso, grandes distâncias e barreiras geográficas entre as cidades, o que dificulta ainda mais a interiorização e fixação desses profissionais. Profissionais oriundos de outras regiões foram deslocados para suprir as necessidades, especialmente de médicos e enfermeiros. Estudo reafirma também que o perfil dos profissionais formados não se tem mostrado suficientemente adequado para uma proposta de atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação.

Apesar do investimento em capacitação profissional em Mato Grosso, ainda persistiram problemas de rotatividade dos profissionais nas equipes e vínculos precários, existindo demandas de capacitação. A maior divulgação do programa, pelos agentes de saúde, junto à população removeu as resistências dos usuários em Cuiabá e Rondonópolis, fortalecendo o seu apoio. Os elevados percentuais de equipes com médicos, enfermeiros e agentes de saúde, contribuíram positivamente ao processo de implementação da ESF em Mato Grosso (CANESQUI; SPINELLI, 2008).

Estudo citado por Pereira e Alves (2004) sobre o Perfil dos Médicos e Enfermeiros do PSF no Brasil, os profissionais relatam como geradores de desgaste, em primeiro lugar, o vínculo precário, o excesso de trabalho, a falta de recursos humanos, a baixa remuneração, a falta de capacitação das Equipes Saúde da Família (ESF) que demonstram despreparo técnico e clínico, além de insegurança, devidos à mudança para uma atenção orientada para a vigilância à saúde.

Em Belo Horizonte, os profissionais de enfermagem se destacaram na implantação da ESF. Demonstraram sentimento de satisfação pelo reconhecimento por terem sido requisitados de forma preferencial dentre os elementos da equipe, sendo que o enfermeiro se

destaca neste processo por possuir experiências de planejamento, execução e avaliações de ações assistenciais, administrativas e educativas, as quais, no PSF, são requisitos fundamentais (PEREIRA; ALVES, 2004).

Contudo, percebe-se no primeiro momento de implantação do programa, que as condições de trabalho não são adequadas às exigências oferecidas aos enfermeiros profissionais com qualificação, com habilidades e competências desenvolvidas para trabalhar com famílias e comunidades, habilidades e experiências acumuladas. Tais situações geram desconfiança, sentimento de exclusão e desvalorização, apesar do desejo de mudar dos enfermeiros. Para os entrevistados no estudo, as condições de trabalho eram inadequadas, principalmente em relação à remuneração, podendo dificultar ou mesmo impedir, o sucesso da implantação do PSF em sua totalidade (PEREIRA; ALVES, 2004).

Estudo realizado no Distrito Federal que avalia o processo de implantação da Estratégia Saúde da Família no Brasil revela resultados positivos, sobretudo nos municípios de pequeno porte, com menos de 100 mil habitantes. Verifica-se elevação nas taxas de cobertura assistencial no curto prazo e melhoria no acesso da população aos serviços de saúde. Contudo, no interior do país, constata-se a persistência de antigos problemas, tais como: insuficiente oferta de profissionais de saúde, em especial médicos, enfermeiros e odontólogos, alto custo na manutenção das equipes (GÖTTEMS et al., 2009).

Outro estudo em Mato Grosso que aborda entre outros aspectos o perfil socioeconômico, demográfico e ocupacional dos médicos e enfermeiros das ESFs, chegou às seguintes conclusões: prevalência dos contratos precários de trabalho e a rotatividade dos trabalhadores; os rendimentos díspares entre as duas categorias profissionais, tendência a feminilização da força de trabalho em saúde e registro de esforços de capacitação para adequar o perfil de formação ao programa. Outro aspecto destacado foi à questão das diferenças salariais que variavam conforme a distância dos municípios em relação à capital. O vínculo empregatício também se distinguia de município para município, cada um deles se organizou dentro de suas possibilidades financeiras, havendo, portanto diversas modalidades de contratação dos profissionais (GAÍVA; SILVA, 2008).

Estudo citado por Gaíva e Silva (2008), em relação ao Programa Médico de Família de Niterói, em despeito da discussão em torno do profissional generalista x especialista, apontou que entre as principais dificuldades encontradas na implementação do programa, estava o engajamento do profissional, principalmente devido à formação do médico voltada para as especialidades em detrimento de uma visão de saúde pública, comunitária e generalista.

Estudo realizado no Rio de Janeiro por Machado et al (2008) revelou que também nos municípios com população superior a cem mil pessoas ocorre o problema de recursos humanos. Quase 30% dos coordenadores entrevistados referiram que a existência de equipes de PSF incompletas no município é comum. Esse percentual pareceu elevado, considerando que os municípios estudados são grandes centros urbanos em um estado da Região Sudeste, que, em princípio, deveriam ter maior facilidade de contratação e fixação de profissionais. A violência urbana, que repercute no cotidiano das equipes de saúde da família, também contribui para elevar a rotatividade profissional.

Dados do PMAQ-AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) também revelam que a instabilidade das equipes e elevada rotatividade dos profissionais, comprometem o vínculo, a continuidade do cuidado e a integração da equipe. A sobrecarga das equipes com número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade acaba comprometendo a cobertura e qualidade de suas ações de melhoria da qualidade da assistência.

5.1.2 Recursos materiais e estrutura física:

No que diz respeito aos recursos materiais e físicos, as condições de trabalho são precárias, uma vez que utilizam os recursos já existentes e não há na rede suporte para assegurar os princípios de integralidade e equidade. Ocorrem deficiências de infraestrutura, insumos e equipamentos (PEREIRA; ALVES, 2004).

Segundo Machado et al (2008) em vários municípios, predomina a acomodação de equipes em imóveis cedidos ou alugados, de caráter mais instável ou provisório, com repercussões para a institucionalização do PSF. Uma maior proporção de unidades de saúde da família instaladas em imóveis próprios da prefeitura poderia expressar maior estabilidade na instalação das equipes.

De acordo Conill (2008), a deficiência de materiais e medicamentos, a dificuldade de acesso, e a precariedade das estruturas físicas são dificuldades que se correlacionam com o baixo patamar de financiamento público.

Outro problema observado na ESF é o predomínio absoluto de unidades que funcionam apenas em horário comercial, o que suscita preocupações em relação ao acesso aos serviços de saúde das pessoas que trabalham.

Se no âmbito da Atenção Básica, modelo tradicional, alguns municípios têm procurado expandir os horários de atendimento de algumas unidades básicas de saúde, isso não parece estar ocorrendo no que diz respeito às unidades de saúde da família. Observou-se

que o funcionamento em horários alternativos foi bem mais raro para as unidades de saúde da família do que para as unidades básicas tradicionais. De acordo com estudo realizado no estado do Rio de Janeiro, somente algumas unidades possuem horário de funcionamento ampliado, após as 18 horas e um único município com unidade de saúde da família que funciona sábado pela manhã. Em face da raridade de unidades de saúde da família com horário ampliado percebe-se um prejuízo no atendimento às pessoas que trabalham em tempo integral durante a semana (MACHADO et al., 2008).

Dados do governo federal revelam que entre os desafios que o PMAQ pretende enfrentar para a qualificação da AB, destacam-se: a precariedade da rede física, com parte expressiva de UBS em situação inadequada; ambiência pouco acolhedora das UBS, transmitindo aos usuários uma impressão de que os serviços ofertados são de baixa qualidade e negativamente direcionados à população pobre.

5.1.3 Financiamentos do programa Estratégia Saúde da Família

Segundo Machado et al (2008) para que a PSF seja uma estratégia de estruturação do modelo, no sentido da integralidade da atenção, é fundamental que sua implantação conte com recursos adequados de investimento e custeio. Porém, é comum a limitação da autonomia gestora devido ao incentivo financeiro de forte indução normativa, dentre outras questões (BORGES; BAPTISTA, 2010).

Do ponto de vista econômico, um dos problemas que se destaca é a questão dos incentivos financeiros ao PSF, com as conhecidas limitações dos critérios atuais de repasse federal aos municípios para o enfrentamento da questão do financiamento da atenção básica nos pequenos municípios e nas grandes cidades, bem como sua excessiva homogeneização (PEREIRA et al., 2006).

A instabilidade do financiamento aos serviços de saúde compromete o investimento em estrutura física, capacitação profissional e expansão do programa. Muitas vezes os recursos são condicionados ao cumprimento de metas, e devido a dificuldades diversas, como falhas na gestão, os municípios ficam prejudicados em relação a esses incentivos.

Pereira et al (2006) relata novos modelos inovadores de incentivo à atenção básica, destacando a importância dos incentivos estaduais, como formas adicionais e mais próximas às necessidades diferenciadas de recursos pelos municípios, decorrentes de suas condições específicas, destacando critérios adicionais utilizados para definição dos repasses. De acordo com a coordenação do projeto o sistema de incentivos deve levar em conta as diferenças entre municípios, derivadas de sua realidade socioambiental, étnica, geográfica e epidemiológica.

O governo federal destina recursos para à viabilização de ações de Atenção Básica à Saúde. As transferências regulares e automáticas constituem a principal modalidade de transferência de recursos federais para os estados, municípios e Distrito Federal, para financiamento das ações e serviços de saúde, contemplando as transferências "fundo a fundo" e os pagamentos diretos aos prestadores de serviços e beneficiários cadastrados de acordo com os valores e condições estabelecidas em portarias do Ministério da Saúde.

O PAB (Piso da Atenção Básica) é composto de uma parte fixa (PAB fixo) destinada a todos os municípios e de uma parte variável (PAB variável) que consiste em montante de recursos financeiros destinados a estimular a implantação das seguintes estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde: Saúde da Família – SF; Agentes Comunitários de Saúde – ACS; Saúde Bucal – SB; Compensação de Especificidades Regionais; Saúde Indígena – SI; e Saúde no Sistema Penitenciário. A transferência dos recursos dos PABs fixo e variável são repassados em conta específica denominada “FMS-fundo do Ministério da Saúde- nome do município – PAB” de acordo com a normatização geral de transferências. Entretanto nem sempre estes recursos são suficientes para atender a demanda dos serviços de saúde.

Em 2003 foi lançado o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF 1) com o objetivo de apoiar, por meio da transferência de recursos financeiros fundo-a-fundo, a expansão da cobertura, consolidação e qualificação da ESF, nos municípios com mais de cem mil habitantes. Esse programa findou em junho de 2007.

Em 2008 foi lançado o PROESF 2: que veio para colaborar na expansão e qualificação da ESF nos municípios participantes da fase 1 do programa; no fortalecimento da capacidade técnica das secretarias estaduais de saúde, na avaliação e educação permanente; no fortalecimento da gestão federal e apoio ao fortalecimento das gestões estaduais e municipais da atenção básica da saúde (saúde da família).

Em 19 de julho de 2011 é instituída a portaria Nº 1.654, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. O principal objetivo do Programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica. Este benefício financeiro é condicionado ao cumprimento de metas para a melhoria da qualidade da assistência à saúde, entre elas: Programar e implementar atividades, com a priorização dos indivíduos, famílias e grupos com maior risco e vulnerabilidade; Desenvolver ações intersetoriais voltadas para o cuidado e a promoção da saúde; Pactuar metas e

compromissos para a qualificação da atenção básica com a gestão municipal. Caso o município (equipe ESF) não receba uma avaliação positiva do cumprimento das metas pactuadas no momento da adesão ao programa o mesmo não fará jus ao incentivo financeiro, e poderá ser descredenciado do programa.

5.1.4 Referência e contra-referência:

Outro importante desafio da Atenção Básica, que atua como porta de entrada do sistema único de saúde, através de um modelo hierarquizado e regionalizado, e garante acesso a outros níveis de atenção do sistema é a integralidade. Desde que a política de ABS passou a ser vista como estratégia de reorientação do modelo de atenção, esta ainda é uma questão não equacionada. Os problemas decorrem de aspectos da organização e da gestão do sistema: as dificuldades para referenciar usuários a partir da atenção básica; a pouca institucionalidade dos processos de planejamento e programação, e do uso de sistemas de informação; sobrecarga das equipes de PSF; insuficiência de oferta de atenção especializada, produzindo filas de espera; e baixa governabilidade sobre serviços especializados sob gestão estadual (BORGES; BAPTISTA, 2010).

Uma rede integrada pressupõe uma porta de entrada preferencial que organize o acesso aos serviços especializados de saúde, a partir da atenção básica. A existência de um serviço de primeiro contato, procurado regularmente a cada vez que o paciente necessita de atenção em caso de doença ou acompanhamento rotineiro, facilita a formação de vínculos e a coordenação dos cuidados. Estudo realizado em quatro municípios com alta taxa de cobertura pela ESF identificou um bom desempenho da ESF com elevado score para a porta de entrada. Os resultados apontaram avanços na integração da ESF à rede assistencial, propiciando o fortalecimento dos serviços básicos como serviços de procura regular e porta de entrada preferencial, todavia permanecem dificuldades de acesso à atenção especializada (GIOVANELLA et al., 2009).

De acordo com Conill (2008), problemas no acesso podem vir a comprometer avanços no plano da integralidade e permanece como um grande nó crítico, das fragilidades da gestão e na organização da rede de serviços. A persistência de segmentação no sistema e a fraca integração dos serviços de atenção básica com outros níveis de atenção é um dificultador na assistência da atenção primária.

Giovanella et al (2009) relatam que a insuficiente oferta de atenção especializada, agravada pela baixa integração com prestadores estaduais, ainda responsáveis em alguns municípios por grande parte dos serviços de média complexidade, entre os obstáculos à

constituição de rede de assistência. Outro desafio destacado é a maior interação pessoal entre generalistas e especialistas para maior integração dos processos de trabalho, superando relações hierárquicas e o isolamento entre atenção básica e especializada.

Segundo Giovanella et al (2009), os municípios de Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória optaram pelo SISREG, sistema de informação on-line disponibilizado pelo DATASUS/MS, para gerenciar e operar centrais de regulação, desde a rede de atenção básica à especializada e hospitalar, visando maior controle dos fluxos e otimização no uso dos recursos. Aracaju implantou o Terminal de Atendimento ao SUS, vinculado ao cartão SUS. Os resultados têm comprovado avanços na integração da saúde da família à rede assistencial, propiciando o fortalecimento dos serviços básicos como serviços de procura regular e porta de entrada preferencial.

A implantação do sistema de informação on-line (SISREG) aperfeiçoou a marcação imediata de exames e consultas especializadas. A prioridade para atendimento é definida a partir da classificação de riscos em alto, médio ou baixo em função do diagnóstico, quando o paciente é remetido à fila eletrônica de espera, que também é monitorada através do sistema. O sistema possibilita à equipe SF acompanhar o percurso do usuário. Ainda como resultados da implantação do SISREG, foram mencionados pelos gestores locais: diminuição do número de faltosos às consultas especializadas, diminuição das filas e tempo de espera, possibilidade de redistribuir cotas entre centros de saúde, contratação de oferta em função da demanda, análise dos encaminhamentos e maior imparcialidade no controle das agendas. (GIOVANELLA et al, 2009).

Belo Horizonte se destaca nas iniciativas de articulação da rede, a SMS incentiva a criação de comissões de regulação nos centros de saúde, estabelecendo critérios de priorização e fluxo ascendente partindo do centro de saúde. A facilidade de agendamento e agilidade no atendimento na percepção dos profissionais foi tida como indicadores de garantia de acesso à atenção especializada. Porém nem sempre a garantia do agendamento incorre em maior agilidade de atendimento. O tempo médio de espera para consultas especializadas de três meses ou mais foi estimado por 82% dos médicos (Florianópolis), 61% (Belo Horizonte), 45% (Aracaju) e 34% (Vitória). Na avaliação de mais de 80% dos médicos e enfermeiros das equipes SF dos quatro municípios, as longas listas de espera são o principal problema para a integração da rede. Por outro lado, o agendamento para a maternidade foi relatado por mais de 70% dos médicos em três cidades, o que indica melhora do acesso para (GIOVANELLA et al, 2009).

A facilidade para realizar agendamentos para serviços de média complexidade é diferenciada entre os casos estudados, os médicos das quatro capitais estudadas relatam que conseguiam realizar sempre ou na maioria das vezes o agendamento: 43% (Aracaju), 71% (Vitória) e 49% (Florianópolis), em Belo Horizonte, a proporção foi de 81%. Os melhores resultados em Belo Horizonte podem ser atribuídos a uma melhor organização do sistema e disponibilidade de oferta. Nos quatro casos, a maior dificuldade está no acesso a procedimentos de apoio à diagnose e terapia, e garantir outras internações ainda não está sob a governabilidade dos profissionais SF. Menos de um terço dos médicos das ESF informaram conseguir agendá-las (GIOVANELLA et al, 2009).

Para Göttems et al (2009), no que se refere à organização da rede de serviços, a despeito das inovações, a gestão da SES-DF optou por caminhos tradicionais, tais como: investimento nos hospitais como lócus central do sistema de saúde; centralização da gestão financeira e de recursos humanos; uso de tecnologia de ponta; reforço na residência médica centrada na especialidade, a hegemonia do modelo hospitalocêntrico em detrimento da atenção primária à saúde.

A pouca integração das equipes de AB com a rede de apoio diagnóstico e terapêutico e com os serviços de média e alta complexidade tem direcionado às falhas no sistema de referência e contra-referência prejudicando assim a construção da integralidade da assistência à saúde na atenção básica.

Segundo Giovanella et al (2009) a atenção básica deve ser o ponto de contato preferencial e porta de entrada de uma rede de serviços resolutivos de acesso universal, deve coordenar os cuidados na rede de serviços e efetivar a integralidade nas diversas dimensões. Aperfeiçoar uma concepção abrangente ou integral implica na construção de sistemas de saúde orientados pela APS, articulados em rede, centrados no usuário e que respondam a todas as necessidades de saúde da população.

5.1.5 Aspectos políticos e de gestão

O processo de implantação do PSF no serviço de saúde enfrentou uma série de dificuldades no diversos municípios brasileiros. Estudo realizado pela Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso (SESMT) identificou diversos problemas, tanto de ordem epidemiológica quanto organizativa. O setor saúde apresentava dificuldades, e entre aquelas que limitavam o processo de descentralização e municipalização da saúde estavam: as práticas clientelistas na redistribuição de atribuições, recursos e produtos; a inexistência de programas de apoio e cooperação técnica aos municípios com vistas à construção de novos modelos

assistenciais; ausência do Governo Estadual no processo de municipalização e o sucateamento dos Polos Regionais de Saúde, que haviam se transformado em meros entrepostos de distribuição de vacinas e medicamentos (GAÍVA; SILVA, 2008).

Canesqui e Spinelli (2008) relatam que após implantação do PSF no processo de descentralização do SUS, em Mato Grosso, o programa contou com o forte envolvimento e apoio da política estadual de saúde aos municípios que haviam aderido espontaneamente ao PSF. A SES-MT apoiou a implementação do programa colaborando com a capacitação dos profissionais, principalmente médicos e enfermeiros, proporcionando incentivos salariais; a supervisão dos municípios pelos escritórios regionais de saúde; a avaliação do programa em parceria com órgãos representantes dos usuários; o incremento da gestão plena da atenção básica, os incentivos financeiros aos municípios mais pobres e carentes de infraestrutura assistencial. Os estímulos financeiros do Governo Federal, por meio do Piso de Atenção Básica (PAB), da Norma Operacional Básica (NOB/96) e da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001) foram imprescindíveis para a construção do PSF.

A ocorrência de divergências político-partidárias entre o governo municipal e o estadual em Mato Grosso impuseram resistências ao programa, sem impedir a sua continuidade e o alcance de cobertura mais ampla da população (33% em Cáceres); Resistências corporativas (dos médicos) ao PSF ou à atenção básica dificultam o alcance de resultados, dentre eles das metas de cobertura como em Cuiabá e Tangará da Serra. Havia nítida preferência entre alguns agentes decisores pela medicina especializada em detrimento à medicina da família, os quais referiam aos modelos médicos-curativos especializados como adequados (CANESQUI; SPINELLI 2008).

Outro fator que afetou negativamente a implantação do PSF foi a carência na capacidade de gestão dos municípios e a forte tradição brasileira de gestão federal das políticas nacionais de saúde, sendo a gestão municipal uma novidade recente. Afinal, o que são 20 anos de descentralização frente a mais de cem anos de institucionalização das práticas de centralização política e administrativa? Nesse sentido o que estaria impedindo sua expansão seriam as estruturas burocráticas ainda pesadas, o corporativismo, o aparelho formador e os preconceitos em relação à tecnologia simplificada, pois até aquele momento a assistência à saúde estava voltada ao modelo hospitalocêntrico (BORGES; BAPTISTA, 2010).

Estudo realizado por Göttems et al (2009) sobre a retrospectiva dos 47 anos de gestão da saúde no Distrito Federal relata a influência do modelo hospitalocêntrico, agregada à centralização dos processos decisórios e à limitada participação política, o que pode contribuir

para situar a atenção básica como acessória ao atendimento hospitalar, destituindo-a do seu potencial de produzir mudança no modelo assistencial. Foram constatados investimentos maciços de recursos financeiros e políticos na construção de hospitais. Torna-se evidente que as iniciativas para fortalecer a Atenção Primária à Saúde foram descontínuas e desarticuladas da rede de serviços de média e alta complexidade, com reduzida oferta de capacitação profissional, justificada pela necessidade de garantir a retaguarda da atenção hospitalar. Programas de pós-graduação na modalidade de residência foram implantados para a formação de profissionais visando à formação de médicos especialistas, privilegiando o atendimento hospitalar. Somente nos últimos anos o programa de residência incorporou outras categorias profissionais, tais como enfermagem, nutrição, serviço social, odontologia e especialidades médicas referentes à atenção primária. Esses dados podem justificar a baixa taxa de cobertura da ESF, no Distrito Federal, que de acordo com Departamento de Atenção Básica em novembro de 2013 ainda era de apenas 20,97% da população.

Também no Distrito Federal, em relação à gestão da política de saúde, há sobreposição dos níveis nacional e local na definição das diretrizes políticas, o que traz dificuldades para responder às demandas da população, para atender às exigências do Ministério da Saúde, bem como para a prestação de contas aos mecanismos de controle social e governamental. Essa dificuldade se expressa nas frequentes trocas de gestores e nas oscilações bruscas da política de saúde, que se exaure tentando responder às diretrizes nacionais, em detrimento de propostas mais condizentes com as demandas locais. Tal situação se explica também pela baixa participação política que caracteriza o sistema político do Governo do Distrito Federal, no qual prepondera a centralização no processo decisório (GÖTTEMS et al, 2009).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) também destaca dificuldades em relação à persistência do modelo hospitalocêntrico no seu artigo IX – Baixa integralidade e resolutividade das práticas, com a persistência do modelo de queixa-conduta, de atenção prescritiva, procedimento-médico-centrada, focada na dimensão biomédica do processo saúde-doença-cuidado.

Belo Horizonte contou com o apoio político do Estado na implantação do PSF. Com o objetivo de apoiar a implementação do novo modelo assistencial, foi criado em 1998, em Minas Gerais, o Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família (PCFEP-SF) da Universidade Federal de Minas Gerais que atuou na formação de recursos humanos, na educação permanente dos profissionais e na produção e incorporação de novas tecnologias na assistência (PEREIRA; ALVES, 2004).

Segundo Canesqui e Spinelli (2008) entre os fatores limitantes do desenvolvimento do PSF encontram-se as resistências de importantes atores, o que exige melhor esclarecimentos sobre a política para os gerentes e profissionais de saúde, além da mobilização da população para diminuir resistências e conquistar legitimidade. Em Porto Alegre a participação social através da mobilização de associações de moradores, conselhos locais de saúde e entidades comunitárias foram essenciais para a consolidação da proposta. Em Mato Grosso a maior divulgação do programa, pelos agentes de saúde, junto à população removeu as resistências dos usuários em Cuiabá e Rondonópolis, fortalecendo o seu apoio.

O apoio político é indispensável à adesão ao programa e ao seu funcionamento. Esses apoios computam rendimentos político-eleitoreiro ou legitimadores dos governos locais. Alguns coordenadores de programa apontaram o “uso político do programa, pelos prefeitos”, como fator negativo (CANESQUI; SPINELLI, 2008).

Estudos apontam que as mudanças na organização e nas práticas em saúde com a implantação da ESF tem favorecido a ampliação da oferta e da cobertura da atenção básica. Pesquisas recentes sugerem ainda que a estratégia teria favorecido a redução da mortalidade infantil em alguns locais (CASTRO; MACHADO, 2012).

Dados do Ministério da Saúde revelam que nos municípios com boa cobertura pela ESF houve melhora acentuada nos indicadores de saúde: diminuição da taxa de mortalidade infantil, aumento do número de gestantes e recém-nascidos com acompanhamento médico, a cobertura vacinal melhorou, os tratamentos da hanseníase e da tuberculose foram concluídos e os hábitos de vida se tornaram mais saudáveis.

5.2 Evolução de Cobertura do Programa ACS - ESF e Contexto Atual

A Estratégia Saúde da Família, iniciada em 1994 como Programa Saúde da Família, teve grande expansão em seus 19 anos de história, alcançando em 2013 uma elevada cobertura nacional. Dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) estima que atualmente 64,7% da população brasileira são coberta pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 56,2% pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

Atualmente, o quadro epidemiológico geral das populações é marcado pelas doenças crônicas, que cada vez mais compõem o conjunto de ações abordadas na esfera da atenção primária, e a ESF, como porta principal de acesso aos serviços de saúde tem proporcionado melhoria nos indicadores de saúde, como exemplo reduções em internações hospitalares potencialmente evitáveis, que caíram quase 15% desde 1999 (FAUSTO; MATTA, 2007; PAIM, 2011).

Analisando a evolução do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde podemos verificar um aumento gradativo de cobertura entre os anos de 1998 e 2013, como destacado na tabela abaixo:

Tabela 1: **Evolução cobertura PSF e ACS, 1998-2013.**

	1998	2003	2007	2013
Nº municípios com ACS	2947	5125	5232	5425
Estimativa cobertura pop. ACS	24,1%	53,8%	56,5%	64,7%
Nº de ESF	2742	18706	26934	34494
Nº municípios com equipes ESF	1004	4429	5079	5327
Estimativa cobertura pop. ESF	5,8%	35,1%	46,0%	56,2%
ESB	--	5606	15346	29168
Nº municípios com equipes ESB	--	2702	4198	4952

Elaboração própria, fonte: MS/DataSUS

Em 2013 a população coberta pelo programa de ACS ultrapassa 125 milhões de brasileiros, e a ESF com uma estimativa de cobertura de uma população aproximada de 109 milhões de pessoas, dados de outubro de 2013 (DAB).

A tabela abaixo mostra a evolução de cobertura da ESF nas regiões brasileiras, segundo dados do Pacto pela Saúde 2010/2011 (Ministério da Saúde), e DAB, 2013.

Tabela 2: **% População Cadastrada ESF por Ano segundo Região: Período 2007, 2009, 2011, 2013.**

REGIÃO	2007	2009	2011	2013
Total	46,98	49,88	49,21	56,12
Norte	41,96	49,68	47,27	52,13
Nordeste	68,49	71,96	71,84	74,49
Sudeste	34,55	35,66	34,58	44,96
Sul	45,72	49,04	49,60	56,04
Centro-oeste	46,40	49,46	48,88	55,30

Elaboração própria, fonte: MS/DATASUS

De acordo com dados do Ministério da Saúde podemos observar que entre as principais capitais brasileiras, assim como nos Estados, o percentual de cobertura pela ESF, tem aumentado gradativamente.

O Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF – criado pelo Ministério da Saúde em 2003, viabilizada a partir de um Acordo de Empréstimo celebrado com o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), veio contribuir através da transferência de recursos financeiros para a expansão da cobertura da ESF nos municípios dos grandes centros urbanos com população acima de 100 mil habitantes. A evolução da cobertura da estratégia Saúde da Família, no grupo de 187 municípios participantes da Fase 1 demonstrou um aumento de 43% no número de ESF implantadas de dezembro de 2003 a junho de 2007, com extensão da cobertura média de 25,7% para 34,4% nesse período. Essa expansão foi mais intensa no 1º ano de implantação (2004), mas manteve a tendência de crescimento, ainda que de forma menos acentuada.

A partir de 2008 com o PROESF 2, as populações dos municípios brasileiros que já tinham implantado Equipes Saúde da Família na fase 1, foram os beneficiários diretos da fase 2, bem como as Secretarias de Estado das 27 Unidades da Federação.

Geralmente a cobertura da ESF nas capitais é inferior à cobertura apresentada pelo Estado, com exceção de algumas capitais que se destacaram a partir do PROESF, como exemplo pode citar Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória, de acordo com a tabela abaixo:

Tabela 3: Proporção de cobertura populacional estimada ESF Estados e Capitais

Estados	% de cobertura	Capitais	% cobertura
Amazonas	47,44	Manaus	27,42
Bahia	65,70	Salvador	22,14
Pernambuco	71,54	Recife	51,25
Sergipe	85,13	Aracaju	80,42
Ceará	72,13	Fortaleza	36,43
Distrito Federal	20,97	Brasília	20,97
Minas Gerais	72,59	Belo Horizonte	74,16
Paraná	59,64	Curitiba	41,75
Santa Catarina	74,63	Florianópolis	92,39
Rio de Janeiro	44,98	Rio de Janeiro	39,95
Espírito Santo	54,18	Vitória	75,59
São Paulo	31,05	São Paulo	33,27
Rio Grande do Sul	41,95	Porto Alegre	31,41

Elaboração própria, fonte: MS/DATASUS

De acordo com Lima et al (2012) e Paim (2011) a atenção primária bem desenvolvida tem melhorado os perfis de morbimortalidade em inúmeros países. No Brasil, a efetividade da Estratégia Saúde da Família (ESF) tem revelado melhora dos perfis de saúde nacionais, com perceptível queda de coeficientes de mortalidade infantil pós-neonatal (amplamente atribuível à redução no número de mortes por doença diarreica e por infecções do aparelho respiratório), bem como redução no número de internações por causas sensíveis à Atenção Primária à Saúde (APS). Outro aspecto importante revelado pela Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (2008) é que, de 1998 a 2008, observou-se um aumento importante no acesso aos serviços de saúde, seja para procedimentos mais simples, como para procedimentos mais complexos.

De acordo com Paim (2011) os investimentos na atenção básica trouxeram alguns resultados positivos, mais da metade dos brasileiros referiram à atenção básica como seu serviço de saúde de uso habitual, afirmaram que os encaminhamentos a serviços secundários são mais efetivos quando feitos por uma equipe de saúde da família e que o tempo de espera é mais curto que nos casos de encaminhamentos feitos por outras fontes.

A expansão de cobertura da ESF tem proporcionado melhoria considerável nos cuidados de saúde da população, principalmente em relação à prevenção de doenças e promoção da saúde, bem como melhoria ao acesso aos serviços de saúde.

5.3 Estratégia Saúde da Família nos grandes municípios

A partir das décadas de 1970 e 1980 a política de habitação nos grandes municípios impulsionou a especulação imobiliária com a seletividade dos investimentos urbanos (públicos e privados). Por conta disso, a população mais pobre se viu obrigada a mudar constantemente para as áreas menos valorizadas pelo poder público, menos dotada das infraestruturas e serviços urbanos essenciais. Inicia-se o processo acelerado de favelização, que é uma das expressões mais visíveis da grave crise urbana (VIANA et al, 2006).

A consolidação da Estratégia Saúde da Família nos grandes centros urbanos, principalmente naqueles com mais de 500 mil habitantes, é complexa. Observam-se aspectos multifatoriais, como elevada complexidade epidemiológica, adensamento populacional, processo de urbanização desorganizado, desigualdades sociais, instabilidade do financiamento, a dicotomia na oferta de serviços, além dos conflitos entre os grupos de interesse público e privado, e déficit em saneamento que dificultam a implantação da Estratégia Saúde da Família nesses locais (GÖTTEMS et al, 2009).

Segundo Viana et al (2006) o processo de implantação do PSF nos grandes municípios tem sido complexo devido à diversidade de situações de pobreza e desigualdades sociais a que está exposta grande parte da população dessas localidades, as quais convivem cotidianamente com altos índices de exclusão do acesso aos serviços de saúde, dentro de uma rede assistencial que, na maioria das vezes, encontra-se desarticulada, mal distribuída, mal equipada, entre outros aspectos. A organização da atenção básica nos grandes centros urbanos é complexa e apesar da maior disponibilidade de oferta de serviços de saúde, particularmente os de média e alta complexidade, observam-se limitações quanto à qualidade e capacidade de resposta dos serviços.

De acordo com Canesqui e Spinelli (2008) um dos problemas que dificulta a implementação da ESF nos grandes centros urbanos e outras localidades do país está relacionado a resistências corporativas (dos médicos) ao PSF ou à atenção básica, o que acaba dificultando o alcance de resultados, dentre eles das metas de cobertura, desfavorecendo a adesão dos implementadores e afetando a integração das equipes. Nos grandes centros urbanos as associações de especialistas, os conselhos regionais e entidades sindicais impõem conflitos, defendendo seus interesses corporativos. Pesquisa revela que em Cuiabá e Rondonópolis também ocorreu resistências ao programa por parte dos usuários, que tinham preferência pelo atendimento nos postos de saúde. Elas foram superadas, graças ao trabalho dos agentes comunitários de saúde, que contribuíram com esclarecimentos à população sobre o novo modelo.

Nos centros urbanos também persistem problemas dos pequenos municípios da rotatividade dos profissionais nas equipes e os vínculos precários de trabalho, existindo demandas de capacitação (CANESQUI; SPINELLI, 2008).

Estudo realizado por Machado et al (2008) no Rio de Janeiro com vinte e dois municípios com população superior a cem mil habitantes revelou que também ocorre o problema de recursos humanos nos centros urbanos. Quase 30% dos coordenadores entrevistados referiram que a existência de equipes de PSF incompletas no município é comum. Esse percentual pareceu elevado, considerando que os municípios estudados são grandes centros urbanos em um estado da Região Sudeste, que em princípio, deveriam ter maior facilidade de contratação e fixação de profissionais.

Dentre as peculiaridades da ESF nos grandes centros urbanos, destacam-se: a existência de um importante mix público-privado na saúde; a prevalência do padrão mercantilista de produção e consumo dos serviços de saúde, com destaque para o setor privado lucrativo, que atende parcela considerável da população e mobiliza grandes volumes financeiros; a

disponibilidade de tecnologia moderna que resulta em pressões sobre o uso de serviços e o financiamento; a diversidade da estrutura educacional dos profissionais; a violência urbana, que repercute no cotidiano das equipes de saúde da família, contribuindo para elevar a rotatividade profissional; a dinâmica pautada pela construção de espaços urbanos complexos e desiguais. As peculiaridades das regiões metropolitanas, que tradicionalmente não têm sido consideradas pela política de saúde, também colocam desafios para modelos fortemente orientados para a adscrição de clientela, como o PSF (MACHADO et al, 2008).

Dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) destacam os desafios relacionados às características gerais das grandes metrópoles e áreas de maior densidade populacional, que favorecem situações de pobreza extrema, populações marginalizadas e deterioração progressiva das condições de vida, incluindo fenômenos sociais importantes, como a violência urbana (BRASIL, 2012).

No que se refere às condições socioeconômicas, a desigualdade propicia reflexo direto no desigual acesso e utilização dos serviços de saúde. Destacam-se ainda os problemas históricos, relativos à estruturação e organização dos serviços de saúde nos grandes municípios.

Apesar das grandes cidades agruparem oferta de procedimentos de diferentes níveis de complexidade e de profissionais especializados, a capacidade de cobertura e resposta resolutiva para a população tem-se mostrado insuficiente e desigual, unindo sérias limitações nas diferentes dimensões da acessibilidade: má distribuição espacial das unidades, insuficiência de serviços de suporte, planejamento inadequado da oferta, fragmentação e desarticulação das ações, inviabilizando a assistência integral, de acordo com as necessidades da população. Reunidos a esses, acrescenta-se os problemas relativos à inadequação do perfil profissional, cujas origens remetem a limitações na formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos e a insuficiência ou ausência de acompanhamento e avaliações sistemáticas dos processos e impacto das ações, especialmente no âmbito da Atenção Básica à Saúde.

Atualmente, nas periferias metropolitanas está concentrada grande parte da população pobre do país e as desigualdades de acesso aos serviços de saúde nessas regiões são gritantes. Essas regiões apresentam um dinamismo próprio, sendo caracterizadas por relações de dependência entre os municípios, intensa mobilidade e deslocamento da população (por exemplo, em virtude do trabalho formal ou informal), assim como pela proximidade entre áreas desprovidas de serviços e áreas com oferta de profissionais e serviços nas várias especialidades e níveis de atenção, atrativos para a população.

Estudo realizado no Rio de Janeiro questiona a viabilidade da expansão da cobertura do programa para a totalidade da população nos grandes centros urbanos e, particularmente, nas regiões metropolitanas, a pesquisa indica ser importante estimular e oferecer condições adequadas para a adoção de outras estratégias de estruturação do sistema e mudança no modelo de atenção, desde que norteadas pelos princípios do SUS de universalidade, equidade, integralidade e participação social. (MACHADO et al, 2008).

A complexidade das áreas metropolitanas requer intervenções intersetoriais de forma a criar ações resolutivas sobre as populações mais vulneráveis e que combata de forma mais eficaz a grande exposição aos diferentes tipos de riscos aos quais estão sujeitas as populações dessas localidades. Em virtude das próprias características do programa o PSF talvez possa contribuir para estimular essa integração, uma vez que o programa é voltado para comunidades específicas e atendido por um profissional com grande inserção na problemática social, como é o agente comunitário de saúde (VIANA et al, 2006).

A atuação intersetorial é prevista na ESF. Esta atribuição é reafirmada na PNAB de 2006 (Política Nacional de Atenção Básica), que orienta ao “desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para promoção da saúde”. A intersetorialidade é condição para uma APS abrangente, pois envolve a compreensão da saúde como inseparável do desenvolvimento econômico e social, significando a necessidade de enfrentamento dos determinantes sociais dos processos saúde-enfermidade, o que exige articulação com outros setores de políticas públicas (GIOVANELLA et al, 2009).

Estudo realizado por Giovanella et al (2009) em quatro capitais brasileiras relata ações intersetoriais realizadas em Belo Horizonte, Vitória, Aracajú e Florianópolis. Foram criadas em Belo Horizonte, Câmaras Intersetoriais Permanentes de Políticas Sociais e Políticas Urbanas que discutem o orçamento e a integração das políticas, são coordenadas por secretários municipais e subordinadas ao prefeito. Grupos executivos foram instituídos para temas específicos e Núcleos Intersetoriais Regionais, que reúnem saúde, educação e assistência social para o acompanhamento do Bolsa Família. Há dois programas de governo com articulação intersetorial: o BH Cidadania e o programa Vila Viva.

De acordo com dados da prefeitura de Belo Horizonte o Programa BH Cidadania foi implantado nas nove regionais de Belo Horizonte em julho de 2002. É coordenado pela Secretaria Municipal de Políticas Sociais e abrangem as áreas de cultura, esporte, saúde, educação, abastecimento, direitos de cidadania e assistência social. O programa está focado em áreas de vulnerabilidade social. Na área da saúde, os investimentos estão focados em ações de prevenção em saúde que têm por objetivo promover mudanças efetivas nos hábitos e

condições de vida da população. Entre as ações estão as Academias da Cidade, que oferecem às pessoas preferencialmente maiores de 18 anos, a oportunidade de praticar exercícios em uma das 58 academias espalhadas pela cidade. Promover saúde e contribuir para melhoria da qualidade de vida são os principais objetivos da Academia da Cidade. Antes do início das aulas, os usuários passam por uma avaliação física com um Profissional de Educação Física para que o mesmo seja direcionado ao treinamento mais adequado, pois as atividades são realizadas de acordo com a necessidade e condições físicas de cada pessoa. As atividades realizadas visam à melhora do condicionamento cardiorrespiratório, consciência corporal, flexibilidade, força e coordenação motora geral, através dos conteúdos da Educação Física, como ginásticas, danças, jogos, esportes, lutas e caminhada orientada. A atenção à saúde também é válida para outros temas, como alimentação e tabagismo. Cada usuário pode utilizar a academia por um período de uma hora, três vezes durante a semana. As academias funcionam em vários pontos da cidade em todas as regionais, com média de 400 usuários em cada unidade. Funcionam de segunda a sábado em horários variados na parte da manhã, tarde e noite. As atividades são gratuitas, basta preencher o cadastro e fazer a avaliação física com o professor na academia mais próxima.

O Programa BH cidadania é um modelo de gestão intersetorial, participativa, focada nos territórios intra-urbano de elevado risco social, representa uma iniciativa inovadora que busca formas alternativas de promover uma cidade mais inclusiva, privilegiando a intersetorialidade e a descentralização no seu desenho (ROCHA, 2006).

O Projeto Terra Mais Igual tem destaque entre as iniciativas Intersetoriais de Vitória, refere-se a um programa de desenvolvimento social e urbano e de preservação ambiental em áreas ocupadas por população de baixa renda, que visa promover uma melhor qualidade de vida, através de ações sociais, ambientais, obras e serviços públicos. Os gestores municipais tem percebido maior resolutividade nas políticas quando há integração com a ESF, em particular com o ACS, uma vez que estão em contato direto com a comunidade. O tema mais citado pelos ACS entre os problemas encontrados em atividades conjuntas foi escola/educação, compatível com a integração de longa data na história da saúde pública brasileira. Também foram citados a coleta de lixo, moradia, urbanismo e esgotamento sanitário e segurança (GIOVANELLA et al, 2009).

Também em Aracaju, Giovanella et al (2009) relata que a secretaria municipal de saúde desenvolve ações articuladas para enfrentar problemas específicos, como o combate à dengue, mobilidade urbana e meio ambiente, Orçamento Participativo e Prevenção à

Violência Doméstica. Integra-se principalmente com as secretarias de educação e assistência social.

Em Florianópolis, o desenvolvimento de ações intersetoriais é recente e o município busca articular as ações de saúde, educação e assistência social, sobretudo em relação ao idoso, criança, população de rua, vigilância sanitária e ambiental, com base em projetos específicos. Os gestores destacam a Comissão de Promoção da Saúde Escolar, fórum que conta com representantes da ESF, Educação, ONGs e escolas, coordenado pelas secretarias de Educação e Saúde (GIOVANELLA et al, 2009).

Nos municípios estudados por Giovanella et al (2009), a baixa participação em atividades intersetoriais é reconhecida pelas ESF como problema. A participação do setor saúde nas iniciativas intersetoriais do Executivo municipal poderia ser ampliada buscando-se um maior protagonismo da ESF, uma vez que é apontada como estratégia potencial ao desenvolvimento de ações intersetoriais.

A articulação intersetorial é imprescindível para incidir sobre os determinantes sociais do processo saúde-enfermidade e promover a saúde. Os resultados de saúde alcançados por meio da intersetorialidade são mais efetivos do que o setor saúde alcançaria por si só.

Estudo realizado por Pereira e Alves (2004) relata que a implantação do PSF em Belo Horizonte, como experiência piloto em uma grande metrópole do país, pode contar com o comprometimento dos enfermeiros e investimento em capacitação da equipe de forma contextualizada, pode contribuir para a mudança do modelo assistencial envolvendo acesso, aporte tecnológico apropriado às necessidades, qualidade da assistência, redução de custos e aumento da satisfação de usuários e profissionais.

Como em todo processo de mudança, também a implantação da ESF (PSF) na capital mineira foi marcado por resistências e conflitos que foram superados e reestruturados com o decorrer do tempo, atualmente a cobertura populacional pelo programa em Belo Horizonte já ultrapassa 74% da população e tem se destacado nacionalmente como política de reestruturação do modelo de assistência à saúde.

Programa Saúde em Casa – Minas Gerais

O Programa Saúde em Casa é uma estratégia criada pelo governo estadual, através da Resolução nº 661 de 22/03/05 da Secretaria Estadual de Saúde. O programa é um projeto estruturador do governo, que institui incentivo financeiro para melhoria da infraestrutura da Atenção Primária à Saúde (VELOSO; ARÚJO, 2009).

De acordo com o Art. 3º o apoio financeiro desta Resolução, deverá ser investido no melhoramento da qualidade dos serviços de Atenção Básica, devendo ser destinado principalmente para qualificação de pessoal, compra de equipamentos, obras e materiais de consumo, objetivando:

- I - a descentralização da responsabilidade com a melhoria da saúde da população;
- II - a garantia da acessibilidade aos serviços de saúde de primeiro nível a todos os cidadãos;
- III - a participação da comunidade na colaboração da saúde comunitária;
- IV - a otimização dos recursos disponíveis;
- V - o fortalecimento da autonomia da Atenção Primária à Saúde pelas ações das Equipes do Programa Saúde em Casa.

Ainda de acordo com a Resolução, a Secretaria de Estado de Saúde, por intermédio das Unidades Administrativas responsáveis pela coordenação das ações estabelecidas e das Diretorias de Ações Descentralizadas de Saúde – DADS, irá acompanhar e supervisionar a execução financeira dos recursos destinados aos Fundos Municipais de Saúde, bem como verificar a validade das informações repassadas pelas Secretarias Municipais de Saúde, no intuito de avaliar o cumprimento dos objetivos contidos nesta Resolução (SES/MG).

De acordo com a DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 1.353, DE 7 DEZEMBRO DE 2012, os repasses mensais relativos ao incentivo financeiro do programa Saúde em Casa, para cada equipe saúde da família, está condicionado ao cumprimento de metas na melhoria dos indicadores de saúde, de acordo com o quadro abaixo:

QUADRO DE INDICADORES DO PROGRAMA ESTRUTURADOR SAÚDE EM CASA

OBJETIVO ESTRATÉGICO	Nº	NOME DO INDICADOR	FONTE
Ampliar e melhorar a Atenção Primária à Saúde (APS)	1	Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica	DAB SCNES
Ampliar e melhorar a APS → Reduzir a Mortalidade Infantil	2	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	SINASC
Rede Urgência e Emergência → Implantar o Acolhimento com classificação de risco segundo o Protocolo de Manchester nas equipes de saúde	3	Utilização do Protocolo de Manchester pelas equipes de saúde	SES/MG
Rede Viva Vida → Reduzir mortalidade por neoplasias	4	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária	SIA IBGE

De acordo com o VI CONSAD (Conselho Nacional de Secretários de Estado da Administração - 2013), a atenção primária, representada na estratégia do governo de Minas pelo programa Saúde em Casa, é priorizada por se configurar como a “porta de entrada” do cidadão no Sistema Único de Saúde. O Saúde em Casa tem o objetivo de “ampliar a oferta e a qualidade de serviços de atenção básica a população com ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da família”.

Minas Gerais tem recebido uma boa avaliação de desempenho no indicador Gestão na Saúde (Ministério da Saúde) graças à forte atuação do Governo do Estado na proposição de políticas de saúde direcionadas à redução das desigualdades regionais e na promoção e prevenção da saúde, por meio de programas como Viva Vida, Mais Vida, Saúde em Casa, Farmácia de Minas, Mães de Minas, Hiperdia, dentre outros. Destacam-se, ainda, os programas de desenvolvimento econômico nos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, regiões mais pobres do Estado, melhorando a qualidade de vida dessa população como um todo. O IDSUS (Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde) implantado pelo Ministério da Saúde é um indicador que tem como objetivo avaliar o desempenho das unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) nos estados. Minas novamente é destaque nacional em Saúde Pública, onde aparece como um dos melhores estados brasileiros, ocupando a 4ª posição no ranking com nota de 5,87, pontuação superior à média brasileira, que foi de 5,4, em escala que varia de 0 a 10. O estado de Minas Gerais superou todos os outros estados da região Sudeste, seguido pelo Espírito Santo (5,79), São Paulo (5,77) e Rio de Janeiro (4,5).

De acordo com o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado – PMDI o governo pretende: “Tornar Minas Gerais o melhor Estado para se viver”, e a este foi acrescentado quatro atributos: Prosperidade, Qualidade de Vida, Cidadania e Sustentabilidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O governo brasileiro nos últimos vinte anos tem investido em programas para valorização da atenção primária, houve muitos avanços relacionados a recursos humanos, em ciência e tecnologia, além de um grande processo de descentralização, ampla participação social e maior conscientização sobre o direito à saúde.

O PROVAB (Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica) tem estimulado a formação do médico, enfermeiro e cirurgião dentista para a real necessidade da população brasileira e procurado levar esses profissionais para localidades com maior carência para estes serviços. O Programa Mais Médico também tem contribuído para levar médicos para regiões onde não existem profissionais, contribuindo assim para melhor assistência à saúde da população. O PMAQ-AB, também tem buscado a melhoria da qualidade da assistência e ampliação do acesso do usuário do SUS aos serviços de saúde.

Podemos concluir neste estudo que ainda existem muitos desafios a serem vencidos para a efetiva consolidação da ESF, dentre eles: A falta de capacitação e dificuldades de fixação profissional, a insuficiência de profissionais, contratos precários; estrutura física inadequada (utilização de imóveis cedidos ou alugados), falta de equipamentos e materiais de consumo; financiamento precário com forte indução normativa; dificuldades para referenciar usuários a serviços especializados; divergências político-partidárias, resistências corporativistas de profissionais e usuários, e preconceito em relação tecnologia simplificada.

Por outro lado, a implantação e institucionalização da ESF em alguns municípios puderam contar com aspectos facilitadores como: Investimento em capacitação profissional, remuneração adequada; instalação em imóveis próprios; disponibilidade de materiais de consumo e equipamentos; incentivo financeiro; apoio intersetorial; sistema informatizado para referenciar pacientes; apoio político e tecnológico.

Para garantia da continuidade e o sucesso da ESF, é imprescindível o apoio dos gestores em todos os níveis da esfera governamental, realizando os ajustes necessários, além de profissionais com uma adequada formação técnica-científica e comprometidos com a proposta de melhorar o acesso e a qualidade da assistência na atenção primária à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Coordenação de Política Social. **BH Cidadania**. Disponível em: http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&lang=pt_BR&pg=5571&tax=16466, acesso em 01/04/2014.

BORGES, C.F.; BAPTISTA, T.W.F. A Política de Atenção Básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 1, p. 27-53, mar./jun.2010.

BRASIL. 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)**. Brasília - DF, 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família. PROESF – ESTADOS**. Brasília - DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília - DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2008. **20 Anos de Sistema único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília**. Brasília - DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php, (acesso em 07/01/2014).

CAMPOS, C.E.A. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.877-906, jul.-set. 2007.

CANESQUI, A.M.; SPINELLI, M.A.S. A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(4): 862-870, abr, 2008.

CASTRO, A.L.B.; MACHADO, C.V. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 22 [2]: 477-506 2012.

CONASEMS: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, **Revista CONASEMS**, Setembro - Outubro 2013 • Ano IX • Nº 51.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1: S7-S27, 2008.

FACCHINI, L.A. ET al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3): 669-681 2006.

FAUSTO, M.C.R.; MATTA, G.C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. **EPSJV/Fiocruz**; Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/>

GAÍVA, M.A.M.; SILVA, A.M.N. O processo de implantação do programa saúde da família no estado de Mato Grosso, Brasil: perspectiva de atores sociais da gestão estadual. **Cogitare Enferm**, 2008 Out/Dez; 13(4): 576-84.

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.

GÖTTEMS, L.B.D. ET al. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(6): 1409-1419, jun, 2009.

HÜBNER, L.C.M.; FRANCO, T.B. O Programa Médico de Família de Niterói como Estratégia de Implementação de um Modelo de Atenção que Contemple os Princípios e Diretrizes do SUS. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1): 173-191 2007.

LIMA, R.N. ET al. Desempenho de indicadores nos municípios com alta cobertura da Estratégia Saúde da Família no Estado de São Paulo. **Rev bras med fam comunidade**. Florianópolis, 2012, Jul.-Set. 7(24): 164-70.

MACHADO, C.V.; LIMA, L.D.; VIANA, L.S. Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1: S42-S57, 2008.

MINAS GERAIS (Estado). Resolução N.º 661, de 22 de março de 2005. Dispõe sobre o apoio financeiro, de caráter suplementar aos municípios do Estado de Minas Gerais, a título de incentivo, destinado às ações de Atenção Primária à Saúde inerente ao Programa Saúde em Casa. **Diário Oficial de Minas Gerais**, Belo Horizonte, MG, 2005.

MINAS GERAIS (Estado). Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.353, de 7 de dezembro de 2012, Divulga as metas para os beneficiários do incentivo financeiro do Programa Saúde em Casa a partir da competência de 2013. **Diário Oficial de Minas Gerais**, Belo Horizonte, MG, 2012.

MINAS GERAIS (Estado). Lei 20.008/12, Atualiza o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado - PMDI - 2011-2030. **Assembleia Legislativa de Minas Gerais**. Belo Horizonte, MG, dezembro de 2011.

PAIM, J. ET al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. TheLancet.com. may 2011. p. 11 -31. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8
Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>

PEREIRA, A.T.S. ET al. A sustentabilidade econômico-financeira no Proesf em municípios do Amapá, Maranhão, Pará e Tocantins. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3): 607-620 2006.

PEREIRA, C.M.; ALVES, M.. A participação do enfermeiro na implantação do programa de saúde da família em Belo Horizonte. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) 2004 maio/jun; 57(3): 311-5.

ROCHA, M.C.G. Exclusão Social e Gestão Local Intersetorial: desafios do Programa BH Cidadania. **Pensar BH/Política Social**, Abril/Junho de 2006.

VELOSO, R.C.; ARAÚJO, M.R.N. Avaliação da resolutividade do Programa Saúde da Família em municípios de pequeno porte no Estado de Minas Gerais. **Rev. APS**, v. 12, n. 3, p. 238-243, jul./set. 2009.

VIANA, A.L.A. ET al. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3): 577-606 2006.

VI CONSAD - **Conselho Nacional de Secretários de Estado da Administração**. Brasília, DF, 2013.