



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ROBERTA MARINHO DA SILVA

INDUÇÃO CENTRALIZADA DA COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS PELA
ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE DOIS SISTEMAS DE
SAÚDE UNIVERSAIS

SOBRAL – CE

2013

ROBERTA MARINHO DA SILVA

**INDUÇÃO CENTRALIZADA DA COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS PELA
ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE DOIS SISTEMAS DE
SAÚDE UNIVERSAIS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará, *campus* Sobral, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Interdisciplinar.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade

SOBRAL - CE

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Curso de Medicina de Sobral

-
- S583i Silva, Roberta Marinho da.
Indução centralizada da coordenação dos cuidados pela atenção primária: estudo comparativo entre dois sistemas de saúde universais. / Roberta Marinho da Silva. – 2013.
182 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Curso de Medicina *Campus* de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2013.
Area de Concentração: Saúde da família.
Orientação: Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade.

1. Sistemas de saúde. 2. Atenção à saúde. I. Título.

CDD 353.6

ROBERTA MARINHO DA SILVA

**INDUÇÃO CENTRALIZADA DA COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS PELA
ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE DOIS SISTEMAS DE
SAÚDE UNIVERSAIS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará, *campus* Sobral, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Interdisciplinar.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade (Orientador)
(Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Ceará - UFC)

Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira
(Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Ceará - UFC)

Prof. Dr. Moacir Tavares Martins Filho
(Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará - UFC)

Aos meus pais, Raimundo e Silene, pelo amor,
atenção e ensinamentos dedicados ao longo de
toda vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo cuidado e proteção diários, por toda sorte que me concede, por sempre me aproximar de pessoas de boa índole.

À minha família, meus pais, Raimundo e Silene, irmãos, Raír e Romário, e especialmente à minha irmã Rochanne, pelo apoio incondicional, pelas atenciosas acolhidas em Sobral e disponibilidade em ajudar no que fosse necessário. Obrigada por serem uma retaguarda forte e tão presente em minha vida, que me permitiram chegar até aqui.

Ao meu orientador, Odorico Monteiro, pelas ideias brilhantes e ousadas. Pela confiança e crédito ao meu potencial, me conduzindo ao Ministério da Saúde e à pesquisa junto ao NHS, fundamental para meu aprendizado acadêmico, profissional e pessoal. Por me dar a honra de escrever ao seu lado. Pela leveza na conversa amiga e preocupação comigo em Brasília. E por defender e trabalhar pelo nosso SUS em toda sua caminhada.

À Cheila Portela, minha “mãe na pesquisa”, por contribuir de forma decisiva na minha aprovação no Mestrado e por me acompanhar de perto no primeiro ano deste. Pelos tantos momentos felizes no nosso amado “Cearazinho”, por saber lidar tão bem comigo em momentos difíceis e principalmente pela amizade sincera e parceria sempre.

Ao Professor Matthew Harris, por sua indispensável contribuição a este trabalho durante a coleta de dados em Londres. Pelo esforço empreendido em identificar e agendar contatos pertinentes ao estudo e principalmente por possibilitar o diálogo sobre o NHS.

À amiga-irmã Doralice Oliveira (Dora), pela parceria permanente em todas as vivências desse processo. Pela fraternidade, ao compartilharmos cuidados, alegrias, angústias (e até as famílias e amigos de vez em quando). Por me mostrar um Distrito Federal menos estranho e me compreender sempre apesar das nossas diferenças.

À Professora Socorro Dias, pelos processos de orientação e aprendizado desde a graduação em enfermagem na UVA, no querido Labsus, na Iniciação Científica e por me acompanhar no Mestrado. Obrigada pelas valiosas contribuições na banca de qualificação e por aceitar o convite para integrar a banca de defesa.

Ao Professor Geison Vasconcelos, pelo compromisso com o Mestrado, por representar importante referencial docente para mim, pelas contribuições preciosas na banca de qualificação e por aceitar o convite para compor a banca de defesa.

À amiga Cris Flores, que após descobrirmos ser o “tipo 7”, pudemos nos aproximar facilmente, falando a mesma língua, inclusive para discutir este trabalho. Obrigada pela leitura perspicaz e pelo incremento estético ao texto.

Ao Franck Terranova, por tornar mais doces meus dias durante as discussões quase finais deste trabalho e pelas opiniões sagazes ao discutirmos sobre este e outros temas.

À Luzianne Feijó, pela amizade carinhosa construída nesse caminho e por sermos sempre a “amiga adotiva”, facilitando e divertindo difíceis traslados durante viagens. É muito confortável saber que posso contar com você.

Ao Angelo Rodrigues, amigo desde os tempos de Labsus, por se responsabilizar pela impressão e entrega do projeto à banca de qualificação, é muito bom contar com você.

À Professora Maristela, pela disponibilidade e presteza na resolução dos problemas com a Plataforma Brasil, facilitando o alcance dessa importante etapa da pesquisa.

Aos colegas de Mestrado, Paulo Henrique, Carla Roberta e Francisca Maria (Mary), pela empatia e convivência descontraída. Foi um prazer conhecê-los nesse processo e dividir essa experiência com vocês.

Aos colegas de trabalho do Ministério da Saúde, Adriana, Aninha, Kelly, João Renné, Letícia, Wilma, Sílvio, Fábio (meu chefe flexível) e especialmente ao Dorian Smarzaró, por me ajudar com os dados financeiros, e à Ana Cristina Curvina, por me apoiar na elaboração dos produtos OPAS. Obrigada pela acolhida, por dividirem seus valiosos conhecimentos e experiências sobre a gestão do SUS e pela disponibilidade sempre.

Aos amigos do Ceará, especialmente, Elvina (Vivi), Myrla, Jardel, Cecília, Rafael Rodrigues, Ana Freire, Márcio Paresque, Oberdan, Mary e Ianna. Aos amigos de Brasília, Alice, Cíntia, Sérgio, Erika, Aline e Edemilson. E às recém-chegadas, Fabiana Lima (parceira de andanças e de discussões acadêmicas) e Cássia Trajano, que já chegaram alegrando meus dias e com quem terei boas vivências nos próximos tempos. Obrigada a todos pelo apoio e energias positivas, por torcerem pelo êxito deste trabalho e por fazerem parte da minha vida de forma tão especial.

Aos participantes da pesquisa, brasileiros e ingleses, por dedicarem atenção e espaço na sua difícil agenda para responder todas as perguntas da melhor forma possível.

Ao Cleison Ferreira (Cleissinho) e ao Sérgio Peres pela ajuda fundamental na tradução do resumo, foi muito bom contar com o apoio atencioso de cada um de vocês.

Aos colaboradores da SGEF e UFC, atenciosos e empáticos todas as vezes que precisei de “auxílio burocrático”. Obrigada, em especial, Simone, Vevé, Edilda e Jeane.

Ao Dr. Moacir Tavares Martins Filho, por ter aceitado o convite e ter se deslocado para contribuir participando da banca de defesa.

“Mesmo quando tudo pede um pouco mais de calma, até quando o corpo pede um pouco mais de alma, a vida não para...

Enquanto o tempo acelera e pede pressa, eu me recuso, faço hora, vou na valsa, a vida é tão rara...”

(Lenine)

RESUMO

A coordenação dos cuidados pela atenção primária à saúde (APS) ocupa uma posição de destaque na agenda das políticas de saúde de vários países. É uma alternativa possível para o problema da segmentação em sistemas de saúde, que gera iniquidade e ineficiência, desarticulação da rede assistencial e prejuízo no acesso aos níveis de atenção mais complexos. O objetivo geral do estudo foi comparar a indução centralizada da coordenação dos cuidados pela APS em dois sistemas de saúde universais. Estudo de abordagem quanti-qualitativa, é classificado como exploratório-descritivo, valendo-se de dados documentais e orçamentários e da realização de nove entrevistas semiestruturadas com sujeitos-chave correspondentes ao *National Health Service* (NHS), do Reino Unido, e ao Sistema Único de Saúde (SUS), do Brasil. Foi utilizada análise de conteúdo temática, estatística descritiva e análise comparativa. A pesquisa obedeceu à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e obteve parecer favorável (número 198.092). A pesquisa identificou que o fortalecimento da APS é a base inicial para viabilizar a coordenação dos cuidados no Brasil. O Ministério da Saúde do Brasil vem desenvolvendo políticas nacionais que impactam indiretamente na coordenação dos cuidados - Política Nacional de Atenção Básica, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. A política de Redes de Atenção à Saúde revelou-se fator limitante ao papel coordenador da APS. As Tecnologias de Informação e Comunicação surgiram com menos ênfase no âmbito federal. O incremento estrutural no Telessaúde Brasil Redes e os Cadernos de Atenção Básica sobressaíram por sua capacidade de induzir mudanças organizacionais nos serviços. O NHS estruturou a coordenação dos cuidados pela APS a partir do contrato dos *general practitioners* e busca empoderá-los para gerir 60% do orçamento do sistema. A pesquisa concluiu que o modelo de Estado federativo brasileiro dificulta a coordenação dos cuidados pela APS, em comparação ao Estado unitário inglês. A municipalização e descentralização tornaram complexo o processo de coordenação dos cuidados, cabendo ao Ministério da Saúde o papel de induzir, de forma vertical, e aos municípios, operar o sistema em cada ponto de atenção de forma horizontal, situação que não ficou bem alinhada e configurou um modelo oblíquo, gerando uma contradição no desenho federativo brasileiro e dificultando a coordenação dos cuidados.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Coordenação dos cuidados em saúde; Sistemas de saúde; Ministério da Saúde do Brasil; Governo federal; Inglaterra; *National Health Service*.

ABSTRACT

The coordination of care for the primary health care (PHC) occupies a prominent position on the agenda of the health policies of various countries. It is a possible alternative to the problem of segmentation of health systems, which generates inequity and inefficiency, disarticulation of the care network and impaired access to more complex levels of care. The general objective of this study was to compare the centralized induction of coordination of care by PHC in two universal health systems. This study has a quantitative and qualitative approach and it is classified as exploratory and descriptive, by using documental and budgetary data and performing nine semistructured interviews with key subjects corresponding to National Health Service (NHS), from the United Kingdom, and the Unified Health System (SUS) in Brazil. The thematic content analysis, descriptive statistics and a comparative analysis were used. The research followed the Resolution 196/96 of the National Health Council and obtained its assent under number 198 092. The research identified that the strengthening of PHC is the initial basis to facilitate the coordination of care in Brazil. The Ministry of Health of Brazil has been developing national policies which impact indirectly on coordination of care - National Policy for Primary Care, Centers of Support for Family Health and the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care. The Politics of Health Care Networks proved to be limiting factor for coordinating role of the PHC. The Information and Communication Technologies have emerged with less emphasis on the federal level. The structural increase in Brazil's Telehealth Networks and Protocols Notebooks of Primary Care, stood by their ability to induce changes in the organizational processes of the services. The NHS structured care coordination by PHC from the contract of general practitioners and seeks to empower them to manage 60% of the budget system. The research concluded that the Brazilian federal State model complicates the coordination of care by PHC, compared to the English unitary State. The municipalization and decentralization made the process of coordination of care more complex, leaving to the Ministry of Health the role of inducing vertically and, to the municipalities, operate the system at each point of care in a horizontal manner, a situation which was not well aligned and configured an oblique model, generating a contradiction in the Brazilian federal design and bringing difficulties to the coordination of care.

Keywords: Primary health care; Coordination of health care; Health Systems; Ministry of Health of Brazil; Federal Government; England; National Health Service.

Lista de Quadros, Gráficos e Figuras

Quadros

Quadro 1 - Resumo: longitudinalidade <i>versus</i> continuidade <i>versus</i> primeiro contato	31
Quadro 2 – Levantamento bibliográfico acerca da coordenação dos cuidados pela atenção primária à saúde, 2007-2011	42
Quadro 3 – Sistematização da coleta de dados normativos no âmbito federal acerca da atenção primária à saúde, 2007-2011	50
Quadro 4 – Estrutura regimental do Ministério da Saúde em 2013	56
Quadro 5 – Normativas assinadas no âmbito federal acerca da atenção primária à saúde, 2007-2011	72
Quadro 6 – Conteúdo das normativas assinadas no âmbito federal acerca da atenção primária à saúde, 2007-2011	74
Quadro 7 – Sistemas e órgãos que identificaram irregularidades na execução da PNAB e efetuaram a suspensão de recursos para a atenção primária à saúde mediante portarias, 2007-2011.....	75
Quadro 8 - Elementos indicativos de coordenação dos cuidados pela APS presentes nas portarias das Redes de Atenção à Saúde (temáticas), publicadas entre 2007 e 2011	98
Quadro 9 – Carga horária médica de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica de 2011	134
Quadro 10 – NHS e SUS: características gerais, potencialidades e dificuldades de dois sistemas de saúde universais	149

Gráficos

Gráfico 1 – Recursos de Atenção Básica e de Atenção de Média e Alta Complexidade, 2007 a 2011	82
Gráfico 2 - Distribuição do aumento percentual anual de recursos destinados aos Blocos de Financiamento de Atenção Básica e de Atenção de Média e Alta Complexidade, 2007 a 2011	82
Gráfico 3 - Montante de Recursos de Atenção Básica e de Atenção de Média e Alta Complexidade ao final de cinco anos, 2007 a 2011	83
Gráfico 4 – Recursos referentes aos cinco blocos de financiamento do SUS, 2007 a 2011	84

Figuras

Figura 1 – Organograma do Departamento de Atenção Básica em 2013	57
Figura 2 - Tipos de serviços de saúde no Brasil, 1970-2010	66
Figura 3 – Linha do tempo dos principais atores da atenção primária no Ministério da Saúde e principais portarias lançadas no período 2007 a 2011	143
Figura 4 – Modelo oblíquo de gestão do SUS	146
Figura 5 - O sistema de saúde e cuidados a partir de abril 2013	147

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção básica à saúde
AE	Atenção especializada
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
APS	Atenção primária à saúde
CCGs	Clinical Commissioning Groups
CER	Compensação de Especificidades Regionais
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIS	Consórcios Intermunicipais de Saúde
CIST	Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador
CIT	Comissões Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
CSUs	Commissioning Support Units
DAB	Departamento de Atenção Básica
DASP	Departamento Administrativo do Serviço Público
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
EDM	Estação Digital Médica
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
EUROsociAL	Programa Regional de Cooperação Técnica da União Europeia
GMS	General Medical Service Contract
GP	General practitioner

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MAC	Média e Alta Complexidade
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NCB	National Commissioning Board
NHS	National Health Service
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OECD	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OPM	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
PAB	Piso de Atenção Básica
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PCT	Primary Care Trust
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMS	Personal Medical Service Contract
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPA	Plano Plurianual
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
Provab	Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
PSE	Programa de Saúde na Escola

PSF	Programa Saúde da Família
RAP	Resource Allocation Program
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RNP	Rede Nacional de Ensino e Pesquisa
RPA	Recibo de Pagamento ao Autônomo
RUTE	Rede Universitária de Telemedicina
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SE	Secretaria Executiva
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SHA	Strategy Health Authority
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância à Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
TEIAS	Territórios Integrados de Atenção à Saúde
TICs	Tecnologias de Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde
Unicamp	Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas
Unicef	Fundo das Nações Unidas para Infância
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Caracterização do problema e justificativa do estudo	18
2	REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1	Atenção primária à saúde na história: de uma atenção seletiva para uma atenção coordenadora de cuidados	23
2.2	Estudos brasileiros com experiências internacionais em coordenação dos cuidados pela APS	30
2.3	O gestor federal na condução de políticas públicas de atenção primária à saúde no Brasil	33
3	OBJETIVOS	39
3.1	Objetivo Geral	39
3.2	Objetivos Específicos	39
4	METODOLOGIA	40
4.1	Abordagem e Tipologia do estudo	40
4.2	Revisão bibliográfica: a construção da revisão de literatura	41
4.3	Coleta de dados	43
4.3.1	<i>Coleta de dados documentais</i>	44
4.3.2	<i>Dados orçamentários</i>	45
4.3.3	<i>Entrevista semiestruturada</i>	46
4.4	Organização e análise dos dados	47
4.5	Aspectos éticos	51
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
	Parte I – Caso do Brasil: a expansão da atenção primária à saúde e o desafio da indução centralizada da coordenação dos cuidados	
5.1	Condução Federal da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil	56
5.1.1	<i>Concepções dos gestores federais sobre atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde</i>	59
5.1.2	<i>Fortalecimento da atenção primária à saúde como estratégia para viabilizar a coordenação dos cuidados</i>	65
5.1.2.1	<i>Condução ministerial da atenção primária à saúde mediante a expedição de portarias nos anos 2007 a 2011</i>	72
5.1.2.2	<i>Relevância da participação social no fortalecimento da APS</i>	76
5.1.3	<i>Financiamento da atenção primária brasileira durante o Pacto pela Saúde e o desafio de estimular a coordenação dos cuidados pela APS</i>	79

5.2	Políticas nacionais do Ministério da Saúde relevantes para a coordenação dos cuidados pela atenção primária nos anos 2007 a 2011	89
5.2.1	<i>Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)</i>	89
5.2.2	<i>Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)</i>	93
5.2.3	<i>Redes de Atenção à Saúde (RAS)</i>	94
5.2.4	<i>Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)</i>	99
5.3	Estratégias de Tecnologias de Informação e Comunicação desenvolvidas nos anos 2007 a 2011 com enfoque na coordenação dos cuidados pela atenção primária	103
5.4	Evidências da indução centralizada da coordenação dos cuidados pela atenção primária à saúde no Brasil	110
 Parte II – Caso da Inglaterra: atenção primária à saúde como chave do National Health Service 		
5.5	Caso da Inglaterra: atenção primária à saúde como chave do National Health Service	115
5.5.1	<i>História do National Health Service</i>	115
5.5.2	<i>Contrato dos General Practitioners</i>	116
5.5.3	<i>Estrutura física da atenção primária à saúde</i>	117
5.5.4	<i>Primary Care Trusts – PCTs</i>	118
5.5.5	<i>Financiamento do National Health Service</i>	121
5.5.6	<i>A continuidade dos cuidados no National Health Service</i>	122
5.5.7	<i>Atual reforma do National Health Service</i>	123
 Parte III – Coordenação dos cuidados pela APS em dois sistemas de saúde universais: Sistema Único de Saúde e National Health Service 		
5.6	Coordenação dos cuidados pela APS em dois sistemas de saúde universais: Sistema Único de Saúde e National Health Service	131
5.6.1	<i>Fixação do médico na atenção primária brasileira e sua forma de contratação para trabalhar na Estratégia Saúde da Família</i>	131
5.6.2	<i>Sistema Único de Saúde e National Health Service: sistemas universais com diferentes estratégias de coordenação dos cuidados</i>	139
6	CONCLUSÃO	155
	REFERÊNCIAS	164
	APÊNDICES	176

1 INTRODUÇÃO

O Brasil tem uma sólida estrutura de saúde, o Sistema de Único de Saúde (SUS). Sistema decorrente de uma ampla reforma política na década de 80 e que se “consolidou” no início dos anos 2000, quando mais de 99% dos municípios brasileiros haviam aderido a essa política. A reforma foi permeada por intensos conflitos entre diferentes grupos burocráticos e de interesse, configurando o SUS como uma “arena decisória” acerca das regras de sua operacionalização (ARRETCHE, 2005).

Um dos aspectos de disputa na Reforma Sanitária foi a peculiaridade trazida pelo SUS ao expressar um modelo de descentralização, que apesar de concentrar a autoridade maior no governo federal, principalmente no Ministério da Saúde (MS), deveria garantir a representação de atores estaduais e municipais nos processos decisórios, mediante as Comissões Intergestores Tripartite (CIT), Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Antes da efetividade dessas instâncias de pactuação, o governo federal, em 1988, foi responsável por mais de 60% dos gastos em saúde. Essa centralização foi decisiva no momento de implantação do SUS, pois conferiu ao Ministério da Saúde a função de principal coordenador e financiador das ações neste setor, atribuindo-lhe, portanto, autoridade sobre a definição dos rumos da política de saúde no país (ARRETCHE, 2005).

Quase dez anos depois, o SUS utilizava como instrumento descentralizador de suas ações as Normas Operacionais Básicas (NOB), emitindo-as em 1992, 1993 e 1996, passando por períodos de alternância entre centralismo e descentralização. As NOB tinham como principais focos a descentralização das ações e serviços, o financiamento, a organização de serviços e o relacionamento geral entre os entes federados, alcançando grande adesão dos municípios e fortalecendo-os institucionalmente. Entretanto, essas adesões eram baseadas em critérios nacionais, sendo, por conseguinte, processos marcados por forte indução do gestor federal (GOULART, 2011).

Mais tarde, as NOB evidenciaram problemas inerentes ao seu formato, tais como a pouca funcionalidade das pactuações entre estados e municípios e a “bipolaridade de condições de gestão”, plena da atenção básica *versus* plena do sistema municipal (SANTOS; ANDRADE, 2007, p. 68) e foram assim seguidas pelas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), emitidas em 2001 e em 2002. As NOAS, todavia, vieram coroar o processo

burocrático de recentralização, haja vista que o reforço nos processos de habilitações conferiu total hegemonia ao Ministério da Saúde, ainda que tenha alcançado discreta divisão do poder com os estados (CARVALHO, 2001).

Não obstante todas essas medidas tomadas pelo governo federal acerca das decisões no SUS, o processo de descentralização foi considerado uma experiência bem-sucedida no campo da gestão pública no Brasil, observando-se as características e dimensões em que foi operado, num tempo relativamente curto, junto a um contexto federativo marcado por conflitos entre as esferas de governo (VASCONCELOS, 2005).

Com essa trajetória, o Ministério da Saúde seguiu como principal protagonista na formulação e execução das políticas de saúde no Brasil, mesmo com a implantação do SUS e com a peculiaridade do Brasil de ser um país federalista, com dimensão continental e com 75% dos municípios sendo ocupados por menos de 20 mil habitantes (IBGE, 2013), o que necessariamente requer gestão local e, por consequência, divisão de poder entre as esferas federais.

Todo esse histórico de protagonismo na década de 80 deixou à parte a responsabilização financeira pela atenção primária à saúde (APS). Em 1988, o governo federal era responsável por apenas 5,2% dos estabelecimentos de APS do país, que tinham como provedores os estados e os municípios (ARRETCHE, 2005). Com a instituição do SUS, esse componente da atenção passou efetivamente a fazer parte também da responsabilidade federal, uma vez que os princípios do SUS preconizam universalidade, equidade e integralidade e para atendê-los os entes federados deveriam partilhar uma agenda e um rol de serviços de diferentes níveis assistenciais.

A APS pode ser definida como um conjunto de práticas integrais em saúde, orientadas para responder necessidades individuais e coletivas. No decorrer do processo de implantação do SUS, a atenção primária à saúde passou a ser denominada atenção básica à saúde (ABS) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Cabe aqui destacar que, neste trabalho, os termos atenção primária à saúde e atenção básica à saúde são usados indistintamente, com preferência pela “atenção primária à saúde (APS)” por se tratar do padrão oficial adotado internacionalmente.

Starfield (2002) e Vuori (1984) conceituam APS como o nível de um sistema de saúde que funciona como porta de entrada para todas as novas necessidades, que oferta à pessoa (não à enfermidade) uma atenção longitudinal para todas as situações de saúde, exceto

as incomuns, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro ponto do sistema de saúde ou por terceiros, sendo, portanto, um tipo de assistência que organiza e racionaliza a utilização de recursos básicos e especializados. Starfield (2002, p. 43) afirma que a atenção primária “oferece suporte filosófico para a organização de um sistema de saúde”.

No Brasil, a APS é operacionalizada pela Estratégia Saúde da Família (ESF) que se encontra bastante expandida desde o início de sua implantação, em 1994. Segundo Mendonça (2011), “a Saúde da Família hoje ultrapassou os limites de um programa e é uma política do estado brasileiro”, contando, em 2010, com 31.500 equipes de saúde da família, 243.022 agentes comunitários e 20.103 equipes de saúde bucal. Além disso, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), cuja implantação se deu em 2008 e em dois anos já somavam 1.250 equipes presentes em 806 municípios brasileiros.

Embora a APS tenha alcançado significativa cobertura nacional, ainda há muitas questões que requerem grande esforço por parte dos entes federados, tais como a fragmentação dos cuidados em saúde, problemática que se desdobra em demandas referentes às necessárias respostas que os sistemas de saúde precisam oferecer à população, no que diz respeito ao novo perfil epidemiológico; à orientação do sistema de saúde, que continua prevalentemente voltado para situações agudas; e ao alto custo de um sistema desarticulado na prestação dos cuidados. Enfim, problemas que evidenciam que reformas sanitárias continuam necessárias para além da implantação do sistema, ensejando reforço sustentável na coordenação dos cuidados em saúde.

1.1 Caracterização do problema e justificativa do estudo

A coordenação dos cuidados pela APS ocupa uma posição de destaque na agenda das políticas de saúde de vários países que vêm buscando fortalecer sua atenção primária como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde. A justificativa é que sistemas orientados pela APS apresentam melhores resultados quanto à capacidade de prover cuidados em saúde para suas populações, tanto na oferta de serviços mais equitativos e eficientes quanto em relação à continuidade da atenção e satisfação dos usuários (STARFIELD, 2002), possibilitando a esses países, que se encontram em diferentes “estágios de amadurecimento”, uma possível solução para seus sistemas de saúde historicamente fragmentados.

No caso do Reino Unido, a APS ocupa essa posição de centralidade no desenho do National Health Service (NHS) desde sua criação, em 1948. Tanaka e Oliveira (2007) destacam que muitos estudiosos têm buscado comparar o SUS ao NHS, pois ambos os sistemas adotaram características essencialmente comuns: a universalidade e o caráter público, além dos mesmos princípios básicos definidores: universalidade, integralidade e gratuidade (melhor definido no Brasil pelo termo “equidade”).

No ano de 2003, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) aprovou uma resolução para incentivar seus Estados Membros a adotar um conjunto de recomendações que visam fortalecer a atenção primária à saúde, divulgando em 2005 o documento “Renovación de la Atención Primaria en Salud em las Américas”. Isso confirma o movimento que vem ocorrendo, especialmente impulsionado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela OPAS, no sentido de fortalecer a APS e alcançar os Objetivos do Milênio acordados pelas Nações Unidas, tendo em vista que este é o ponto de partida para desencadear reformas centradas na coordenação dos cuidados, as quais ainda são incipientes na América Latina, e para diminuir a histórica segmentação e fragmentação da maior parte dos sistemas de saúde latinoamericanos (CONILL; FAUSTO, 2007).

A segmentação dos sistemas de saúde tem graves consequências para sua população, como problemas de iniquidade e ineficiência na prestação do cuidado, com duplicidade de funções, desarticulação da rede de atenção prejudicando o acesso aos níveis de atenção mais complexos e, portanto, descontinuidade e fragmentação do cuidado. Essa segmentação tem suas raízes na chamada atenção primária à saúde seletiva, caracterizada pela oferta de serviços restrita a ações de baixo custo no primeiro nível de atenção e focalizadas nas populações mais pobres, que resulta em desigualdades no acesso aos direitos à saúde e em frágeis redes assistenciais (CONILL; FAUSTO, 2007).

No Brasil, após a Constituição de 1988, a APS foi definida como atenção básica, mudança de termo que se justifica, ideologicamente, pela tentativa de fugir à lógica restritiva imposta pela APS seletiva. Assim, em 1994, como modelo operacional de APS/ABS o SUS adotou o Programa Saúde da Família (PSF) como política nacional estruturada na intenção de reorganizar o SUS e aprofundar a municipalização (HEIMANN; MENDONÇA, 2005). O PSF inicialmente voltado à extensão da cobertura populacional não conseguiu fugir à lógica de levar às populações mais pobres um pacote mínimo de ações, funcionando, por conseguinte, também de forma seletiva, mas que, diferente da década de 80, aos poucos foi adquirindo centralidade na agenda do governo federal, “convertendo-se em estratégia

estruturante dos sistemas municipais de saúde e modelo de APS” (GIOVANELLA *et al.*, 2009).

A APS brasileira foi fortemente conduzida pela esfera federal. Passou por uma fase inicial de expansão de cobertura de forma lenta e interiorizada no país. Seguiu para uma mudança de perfil e velocidade com o impulso dado pela execução do Piso de Atenção Básica (PAB) advindo com a NOB de 1996, mas que vigorou especialmente a partir de 1998. E chegou ao Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), instituído em 2002 com o objetivo de estimular a expansão da estratégia em grandes centros urbanos. Entre 1998 e 2003, o governo federal aumentou o gasto com APS de 15,68% para 25,68% (UGÁ; MARQUES, 2005).

Em 2006, foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pela Portaria MS/GM nº 648, de 28 de março, com uma concepção mais ampliada de APS, considerando que ela é o primeiro nível de atenção (a porta de entrada preferencial do sistema de saúde) e que possui um conjunto de atributos tais como os definidos por Starfield (2002). Ademais, houve uma mudança na estrutura do financiamento da atenção básica, mediante regulamentação do Bloco Financeiro da Atenção Básica criado pelo Pacto de Gestão (CASTRO, 2009), mudança que visava diminuir a fragmentação do financiamento (e por consequência das ações em saúde) e fortalecer o instrumento legal que regulamentava o financiamento da APS.

Apesar do significativo crescimento da APS no Brasil, ainda é um grande desafio alcançar um dos seus atributos essenciais: a capacidade de coordenar os cuidados no sistema de saúde. Esse fato se agrava frente ao atual contexto demográfico, expresso pelo acelerado processo de envelhecimento da população, e epidemiológico, traduzido pela forma de transição singular pela qual o Brasil vem passando, em que a situação é de predomínio não apenas de doenças agudas ou crônicas e seus fatores de risco, mas sim de ambas, contando ainda com o forte crescimento das causas externas, o que caracteriza a denominada tripla carga de doenças (MENDES, 2010).

Diante dessa conjuntura, o sistema de saúde brasileiro permanece voltado, prioritariamente, para as condições agudas e para as agudizações das condições crônicas, atuando com serviços organizados de forma fragmentada, gerando “incongruência entre uma situação de saúde do século XXI, convivendo com um sistema de atenção à saúde do século XX” (MENDES, 2010).

Desse modo, a solução “consensuada” para lidar com este problema está sendo a coordenação dos cuidados pela APS, em que há uma concordância comum entre OPAS, OMS e uma série de autores que defendem essa estratégia. Kringos *et al.* (2010) fizeram revisão de literatura e encontraram uma relação consistente entre coordenação e melhoria da qualidade da atenção, serviços mais eficientes e de custos menores, além de maior satisfação de profissionais e pacientes. Segundo Gérvas e Rico (2005), sistemas de saúde sem coordenação têm mais dificuldade de alcançar objetivos relativos à continuidade dos cuidados, melhoria da qualidade da atenção, resolução de problemas no nível mais adequado, equidade e eficiência.

Starfield (2002) defende que a coordenação é um “estado de estar em harmonia numa ação ou esforço em comum”. Afirma também que o elemento estrutural básico para alcançar esse atributo essencial da APS é a continuidade da atenção, em que o profissional que mantém vínculo com o usuário deve estar sempre ciente dos problemas podendo detectar e manejar possíveis inter-relações.

A coordenação dos cuidados pode ser definida também como a articulação entre diversos serviços e ações de atenção à saúde de modo que, independentemente de onde sejam prestados, estejam em harmonia e voltados ao alcance de um mesmo objetivo (NÚÑEZ; LORENZO; NAVERRETE, 2006). Compete à APS realizar essa função, pois ela é a responsável por identificar as necessidades de atendimentos especializados, coordenar as referências para profissionais adequados e garantir a continuidade da atenção acompanhando os resultados terapêuticos e a evolução clínica dos pacientes que percorrem os níveis de atenção no sistema de saúde (ANDRADE; BARRETO; FONSECA, 2006).

A coordenação dos cuidados é, por conseguinte, um atributo complexo que requer organização de todos os pontos do sistema de saúde, o que pode ocorrer de diferentes formas em cada sistema, pois é sensível inclusive ao modelo de organização do Estado (federal e unitário).

Reconhecendo que estudar os sistemas de saúde é essencial para apreender as fragilidades e potencialidades na condução das políticas, discutimos a indução centralizada da coordenação dos cuidados pela atenção primária à saúde em dois sistemas de saúde universais, Sistema Único de Saúde e National Health Service. Partimos da ideia de que “comparar não se resume a estabelecer tipologias e nem se dedica a preconizar a cópia ou a transferência das experiências. Trata-se de encontrar referências para a busca de novos caminhos” (BARROS, 1988 *apud* CONILL *et al.*, 1991).

Starfield (2002) ressalta que no Reino Unido o imperativo para a coordenação do NHS pela atenção primária cresceu significativamente, resultado de uma importante troca de políticas no financiamento e organização dos serviços de saúde, um investimento estratégico para consolidar a APS como coordenadora do NHS.

No Brasil, considera-se que o Pacto pela Saúde - divulgado pela Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, e regulamentado pela Portaria GM/MS nº 699, de 30 de março de 2006 - trouxe “a marca da maturidade” para a atenção primária, ao definir como prioridade a consolidação e qualificação da estratégia Saúde da Família como modelo de APS e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS. O Pacto teve como desfecho o lançamento do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, o qual demarca outra fase na gestão do sistema de saúde brasileiro.

Portanto, problematizamos a discussão aqui elaborada e questionamos neste estudo: Como acontece a coordenação dos cuidados pela atenção primária à saúde no Reino Unido, haja vista que o NHS é orientado pela APS há mais de 60 anos? E no caso do Brasil, que instrumentos normativos e estratégias o Ministério da Saúde tem lançado no intuito de induzir o papel da APS de coordenadora dos cuidados? Qual o discurso dos principais sujeitos envolvidos nesse processo? Como esta indução tem se traduzido financeiramente como incentivo para sua execução?

A coordenação dos cuidados é uma estratégia que perpassa diferentes instâncias do setor saúde, exigindo mudanças para além do primeiro nível de atenção e, portanto, demandando ações de base central na condução dos processos. Logo, chegamos à seguinte questão de pesquisa: Como ocorre a indução centralizada da coordenação dos cuidados pela atenção primária no SUS e no NHS?

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Atenção primária à saúde na história: de uma atenção seletiva para uma atenção coordenadora de cuidados

A atenção primária à saúde tem um longo histórico nacional e internacional de mudanças importantes, tanto na sua concepção, quanto em relação à sua abordagem prática. Esse modelo de atenção à saúde, cuja forma mais simples data do início do século XX, passou por situações de supressão, mas também de notoriedade nas agendas nacionais, frente às forças políticas e sociais que atuaram na saúde. Portanto, perpassou diferentes momentos da história e, naturalmente, sofreu seus impactos, de modo que não simplesmente migrou de um modelo restrito e sem destaque na agenda central do Estado para ser uma proposta abrangente e de coordenação de todo o sistema de saúde.

Os centros de saúde foram criados inicialmente na França, no século XX, em substituição aos dispensários, que foram as primeiras unidades de saúde ambulatoriais separadas do hospital, criadas no século XVII e sendo a primeira em 1630, com objetivos filantrópicos, e que distribuía medicamentos (ROEMER, 1985, *apud* GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Ainda no século XX, nos anos 20 e 30, desenvolveu-se o conceito de distrito sanitário e de centro de saúde com a intenção de aproximar o trabalho em saúde da população. Foi em 1920 que o Ministro da Saúde da Inglaterra, Lord Dawson de Penn, definiu os centros de saúde de forma aproximada ao conceito de atenção primária à saúde, pois além de trazer a estes centros a perspectiva de realizar cuidados preventivos e curativos, ele incluiu a ideia de uma população definida que deveria ser atendida por um médico generalista (ANDRADE; BARRETO; FONSECA, 2006). Esta foi a primeira proposta de governo formal para organização de um primeiro nível de atenção, registrada no documento que ficou conhecido como Relatório Dawson, que preconizava ainda a regionalização dos serviços de saúde de forma hierarquizada em níveis primário, secundário e terciário (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

O centro de saúde proposto pelo Relatório Dawson seria, então, o embrião de uma APS coordenadora de cuidados, que, no caso do modelo inglês, concretiza-se mediante o médico generalista ou *general practitioner* (GP) como condutores de serviços médicos

preventivos e curativos. A Inglaterra foi então o primeiro país a assumir uma estratégia de saúde embasada numa forte rede primária de assistência médica, instituindo em 1912 o Seguro Nacional de Saúde no Reino Unido e, em 1920, propondo um sistema de saúde hierarquizado em três grandes níveis: primário, secundário e hospitais de ensino, interligados entre si (STARFIELD, 1998). O processo teve seguimento com a criação de um sistema baseado em valores de universalidade e equidade e solidamente fundamentado na atenção primária, como medida destinada a alcançar um estado de bem estar social. Esse sistema foi o National Health System, criado em 1948, logo após o término da Segunda Guerra Mundial (MELLO, 2004).

No mesmo período de criação do sistema inglês, os Estados Unidos da América (EUA) passavam por uma situação semelhante, porém, mais pressionados pelo contexto da grande depressão de 1929, resultando na divergência entre a defesa da criação de um Serviço Nacional de Saúde Pública, que fosse apoiado por impostos e de caráter universal, e a vitoriosa oposição das alianças de grupos médicos (AROUCA, 2003).

A partir dos anos 1950 e 1960, os EUA desenvolveram a Medicina Comunitária para estruturar serviços de atenção primária como alternativa aos altos custos dos serviços médicos, e, por isso, focalizando as ações preventivas (FRANCO; MERHY, 2007). Aliado a esse contexto, no final da década de 60, a OMS explicitava políticas campanhistas pelo controle de doenças infecciosas, em particular pela erradicação da malária, tornando evidente a necessidade de políticas de implementação de serviços básicos de saúde (LÍTSIOS, 2002; CUETO, 2004). Assim, em 1966, os EUA lançaram o Relatório Millis (Comissão dos Cidadãos), atribuindo à APS algumas das atuais características fortes desse modelo de atenção, quais sejam: a oferta de primeiro contato, a responsabilidade continuada e longitudinal, assim como a integração de aspectos físicos, psicológicos e sociais na atenção à saúde (ROSEN, 1994).

Os Estados Unidos e a Inglaterra não foram os únicos países a empreender esforços no sentido de redirecionar o cuidado à saúde para o nível comunitário, pois essa intenção já havia surgido em vários países como Bangladesh, Tanzânia e Venezuela. Além disso, a expansão rural da medicina chinesa, com os chamados “médicos pés-descalços”, também se constitui como modelo internacional de intervenção em saúde (CUETO, 2004). No caso de Cuba, já se organizavam policlínicas comunitárias trabalhando conceitos como continuidade, integralidade, regionalização e participação da comunidade ainda no início dos anos 60 (OCHOA, 2003).

Também no Brasil, falou-se nos postos de saúde ainda durante as primeiras décadas do século XX e na reorientação do sistema nas propostas da 3ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1963 (MERHY, 1997). Porém, foi na década de 70 que surgiram propostas de sistematização da atenção primária no Brasil, baseadas principalmente nos movimento preventivista e na medicina comunitária, conforme proposto pelos EUA na década anterior.

Como marco histórico mundial da APS, tem-se a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, desenvolvida pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef) e realizada em Alma-Ata. Esse evento alertou para a necessidade de se estruturar a APS, principalmente nos países subdesenvolvidos, e questionou os modelos verticais de intervenção que a própria OMS vinha desenvolvendo no combate às endemias nos países em desenvolvimento, bem como o formato cada vez mais intervencionista e especializado do modelo médico-hegemônico. O desfecho da conferência foi o lançamento em âmbito mundial da Estratégia de Saúde para Todos no Ano 2000 expressa na Declaração de Alma-Ata (ANDRADE; BARRETO; FONSECA, 2006; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Alma-Ata (cidade do Cazaquistão, na época uma das repúblicas da União Soviética) não foi escolhida de forma aleatória. Sua escolha pela OMS, considerada uma voz supra-ideológica, decorreu da intenção do regime comunista soviético em influenciar a reorientação de novas estratégias necessárias às políticas de saúde internacionais, particularmente em detrimento do modelo chinês (LITSIOS, 2002).

Sendo a OMS considerada uma voz supraideológica, todo esforço foi empregado no sentido de torná-la vitrine do modelo assistencial comunista soviético, particularmente em detrimento do modelo chinês (LITSIOS, 2002). Essa postura refletia ainda alguns contornos ideológicos da Guerra Fria, pois a representação chinesa na OMS havia sugerido uma conferência internacional sobre cuidados primários e, ainda assim, não expressiva no evento (CUETO, 2004).

Alma-Ata se configurou como o evento de maior significado histórico acerca do debate de modelos de assistência à saúde. Segundo Litsios (2004), o dinamarquês Halfdan T. Mahler substituiu o brasileiro Marcolino Candau na diretoria geral da OMS em 1973. Mahler era um ferrenho defensor da APS, tendo experiência na direção de programas de combate à tuberculose na América Latina e Índia. Sua presença na OMS foi o grande fator decisivo na reorientação das políticas deste organismo internacional. Após dois mandatos à frente da

OMS, seu afastamento foi considerado como um marco de uma era voltada para APS. Mello (1981) afirma que embora o Brasil não tenha sido representado nem justificado sua ausência na Conferência de Alma-Ata, enviou uma delegação chefiada pelo Ministro da Saúde, em 1979, para a aprovação da “Declaração de Alma-Ata” na 32ª Assembleia da OMS.

Este, entretanto, não foi o caso apenas do Brasil, pois as deliberações dos organismos multilaterais de financiamento foram determinantes para a exclusão de países mais pobres no debate, uma vez que foi considerado que a abordagem da APS, sob uma perspectiva de promoção da saúde em meio a um contexto de grave recessão mundial que era o da década de 70, tornava inviável a discussão desse modelo entre países periféricos e países desenvolvidos (STOTZ; ARAÚJO, 2004; TEÓFILO; SILVA, 2012).

Apesar dos reveses, a Declaração de Alma-Ata desencadeou um conjunto de atividades que impactaram o pensamento mundial sobre atenção primária (STARFIELD, 2002). Este documento definiu a APS como

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978).

Essa declaração foi importante por destacar a APS como parte de uma estratégia maior de desenvolvimento social e econômico das comunidades, não se restringindo ao setor saúde, além de se preocupar com os rumos que o modelo biomédico vinha dando à sustentabilidade financeira da saúde, em especial no caso dos países subdesenvolvidos, propondo, para isso, a adequação das tecnologias em saúde.

Na década seguinte, nos anos 80, o mesmo caráter abrangente que destacou a Declaração de Alma-Ata em âmbito mundial foi também o alvo das críticas a esse movimento, sob o argumento de que foi pouco propositivo. Assim, ainda em 1979, a Fundação Rockefeller reuniu-se com a Itália contando com a colaboração de diversas agências internacionais - o Banco Mundial, a Fundação Ford, a agência canadense Centro Internacional para a Pesquisa e o Desenvolvimento e a estadunidense Agência Internacional para o Desenvolvimento, entre outras – para discutir uma “nova perspectiva”: a APS seletiva, como estratégia para o controle de doenças em países em desenvolvimento (CUETO, 2004).

Na década de 80, a APS seletiva foi enfatizada nos países mais pobres, com especial apoio da Unicef, mediante um conjunto de quatro intervenções conhecido como GOBI, por suas iniciais em inglês – acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (growth monitoring), reidratação oral (oral rehydration), aleitamento materno (breast feeding) e imunização (immunization) – que algumas vezes inclui também as chamadas FFF: suplementação alimentar (food supplementation), alfabetização feminina (female literacy) e planejamento familiar (family planning), compondo o denominado GOBI-FFF. Dentre os motivos para as agências internacionais financiarem essas intervenções, argumenta-se que tinham objetivos claros, fáceis para avaliar e medir o alcance de metas (CUETO, 2004; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

Segundo Giovanella e Mendonça (2008), embora se reconheça a efetividade dessas intervenções, a concepção de APS difundida pelas agências internacionais foi criticada pelo tecnocratismo – haja vista que era balizada por critérios estritamente técnicos de custo-efetividade, desconsiderando questões políticas fundamentais – e, principalmente, por suprimir a exigência de melhorias macroestruturais que impactassem na garantia das necessidades básicas para a melhoria da situação de saúde das populações.

A atenção primária seletiva orientava-se, portanto, a um pacote limitado de serviços de baixo custo e alto impacto para enfrentar especificamente os principais problemas de saúde nos países que apresentavam situação de maior pobreza (VUORI, 1985). Assim, distanciou-se de seu propósito inicial, da estratégia interina que deveria complementar as proposições de Alma-Ata, e, pelo contrário, induziu a segmentação e fragmentação no interior dos sistemas de saúde que a adotaram.

Nos anos 80, a APS seletiva passou a ser hegemônica para diversas agências internacionais. Na América Latina, difundiu amplamente suas ações organizadas em programas verticais e focalizados, com especial destaque para aqueles direcionados à proteção materno-infantil, agravando a fragmentação e segmentação características dos sistemas de saúde latino-americanos (CONILL *et al.*, 2010; CONILL; FAUSTO, 2007). O contexto histórico que motivava essa difusão de programas seletivos era a decadência econômica dos anos 80, quando despontou a consolidação dos governos neoliberais em países desenvolvidos, a partir dos quais derivavam parte das agências que apoiavam projetos de apoio ao desenvolvimento de países pobres (IBAÑEZ *et al.*, 2006).

Por outro lado, foi também nos anos 80 que se efervesciam os movimentos sociais em âmbito nacional e internacional, clamando por reformas sociais que contemplassem todos os cidadãos, bem como a garantia de seus direitos. Nesse movimento reformista, a saúde era compreendida como direito humano, de responsabilidade do Estado, que deveria abordar os determinantes sociopolíticos mais abrangentes e estabelecer políticas de desenvolvimento inclusivas, respaldadas por compromissos financeiros e de base legal, para alcançar equidade em saúde.

Houve tensionamentos também por parte da produção acadêmica, como a obra de Bárbara Starfield, lançada em Nova York no ano 1998, intitulada “Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology, a qual foi traduzida para português e publicada no Brasil em 2002, com o título “Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia”, sendo então amplamente difundida pelo Ministério da Saúde para muitos municípios e profissionais. A autora apresenta evidências do impacto positivo da APS em diversos países, bem como propõe metodologias inovadoras para avaliação de resultados produzidos pelos sistemas e profissionais de atenção primária (ANDRADE; BARRETO; FONSECA, 2006).

Starfield (2002) destaca e em seguida tece um capítulo para cada um dos quatro atributos essenciais da atenção primária, cujas definições foram adotadas neste estudo:

- ✓ ATENÇÃO AO PRIMEIRO CONTATO: implica acessibilidade e a obrigatoriedade da percepção desta acessibilidade pelo usuário, bem como a utilização do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde.
- ✓ LONGITUDINALIDADE: pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, assim, a unidade de APS deve necessariamente ter uma população e indivíduos adscritos, de modo que haja um forte vínculo entre a população e sua fonte de atenção.
- ✓ INTEGRALIDADE: é a responsabilidade da atenção primária de fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, inclusive aqueles que não podem ser oferecidos eficientemente dentro dela, necessitando, por conseguinte, que a APS encaminhe para serviços secundários.
- ✓ COORDENAÇÃO: atributo que requer alguma forma de continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além de

reconhecimento de problemas do usuário, independente de qual serviço ele esteja utilizando.

A OPAS e a OMS comprometeram-se com o movimento de renovação da atenção primária, tendo como finalidade alcançar os Objetivos do Milênio acordados nas Nações Unidas e atualizar a concepção abrangente de APS como estratégia para reorganizar os sistemas de saúde e garantir o direito à saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Em 2003, a OPAS aprovou uma resolução conclamando os Estados membros a adotarem uma série de recomendações de fortalecimento da APS e, em 2005, divulgou o documento de posicionamento “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas”, em que defende a universalização da atenção por meio de uma abordagem integrada e horizontal para o desenvolvimento dos sistemas de saúde, com cuidados orientados à qualidade, ênfase na promoção e prevenção, intersetorialidade, participação social e responsabilização dos governos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

Em 2008, a OMS divulgou o Relatório Mundial de Saúde 2008, intitulado “Cuidados de Saúde Primários: Agora Mais Que Nunca”, comemorando os 30 anos da Declaração de Alma-Ata. Este Informe aponta a APS como coordenadora de uma resposta universal e integral a todas as necessidades de saúde da população (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

No contexto internacional, este foi o caminho percorrido pela APS, destacando-se distintos momentos que atribuíram à APS diferentes enfoques, classificados por Vuori (1985) como: *atenção primária*, enfatizando esta como a porta de entrada do sistema; *Alma-Ata e a “APS ampliada”*, tendo como marco a atribuição à atenção primária a capacidade de organizar os sistemas de saúde; *APS seletiva*, por vezes chamada de “um programa pobre para pobres”; e o *enfoque de saúde nos direitos humanos*, quando a saúde é concebida como um direito humano, devendo o Estado priorizar as respostas às necessidades de saúde e contemplar seus determinantes sociais e políticos mais amplos. Atualmente, estes diferentes enfoques existem em vários países, que têm distintos processos de amadurecimento na organização de seus sistemas e serviços de saúde, e não raro coexistem num mesmo país.

2.2 Estudos brasileiros com experiências internacionais em coordenação dos cuidados pela APS

Compreender as experiências em coordenação dos cuidados pela atenção primária à saúde passa necessariamente também pela compreensão de uma APS forte. Em uma análise sobre a revisão bibliográfica feita por Baptista, Fausto e Cunha (2009), concluiu-se que há uma carência de estudos na área, fato que ocorre também na Europa, revelando que existe uma lacuna da discussão sobre os conceitos e formas que estruturam a APS no Brasil. Os autores reconhecem a necessidade em se investir em pesquisas sobre qualificação da APS no sistema de saúde brasileiro, na capacidade resolutiva do modelo centrado na APS, uma vez que este vem sendo o foco de muitos investimentos recentes feitos pelo Estado no setor saúde.

Em estudo de revisão bibliográfica sobre APS na América Latina, realizado pela OPAS (2002), observou-se que há um número reduzido de estudos sobre este tema na região, nomeadamente no que se refere à APS abrangente e integrada ao sistema de saúde, sugerindo, mesmo que de forma indireta, o predomínio de uma perspectiva de APS seletiva e focalizadora (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Em nível internacional, o estudo que representa um marco neste sentido é a obra de Starfield (2002), “Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia”, especialmente na sessão em que são mostradas as evidências de comparações científicas sobre a força da direção da atenção primária dos sistemas de saúde de 12 países e sua associação com indicadores de saúde globais. Sobre coordenação dos cuidados pela APS, Starfield afirmou que até o ano 2002, não havia nenhum estudo que se detivesse especificamente nos benefícios da coordenação da atenção.

Mais recentemente, em 2009, o EUROsociAL (Programa Regional de Cooperação Técnica da União Europeia) elaborou um documento intitulado “A APS como ordenadora del sistema de salud: ventajas y desventajas de una puerta preferencial”. Neste trabalho encontram-se abordagens direcionadas principalmente para o atributo *porta de entrada* da APS, que, entretanto, traz reflexões importantes acerca do atributo *coordenação*, objeto de nosso estudo.

Starfield (2002) ressalta que embora haja muitas publicações no assunto da continuidade, a maior parte deles não distingue este do conceito de longitudinalidade, o que “impede o processo de pesquisa e de acúmulo do conhecimento”, por isso a autora os

diferencia, junto ao conceito de primeiro contato, de forma esquemática, conforme se observa no quadro abaixo.

Quadro 1 - Resumo: longitudinalidade *versus* continuidade *versus* primeiro contato

	Logitudinalidade	Continuidade	Primeiro Contato
Tipo de aspecto	Estrutura/processo	Estrutura	Estrutura/processo
Medido por	Utilização da fonte habitual de atenção ao longo do tempo	Medida de continuidade	Acessibilidade à fonte habitual de atenção e uso desta fonte para cada consulta iniciada pelo paciente
Orientado para o problema?	Não. A essência é o uso da fonte habitual de atenção, não importando a natureza ou o tipo de problema, na qual é estabelecida e mantida uma relação pessoal	Sim. Um mecanismo para fornecer informações de acompanhamento dos problemas ou tipos de problemas	Não. Seria esperado que a maioria dos problemas fossem novos, recorrência de problemas antigos e, frequentemente, indiferenciados
Relação pessoa necessária?	Sim	Não. Pode ser alcançada por outros meios	Não
Especificada pelo tempo?	Sim. Uma relação ao longo do tempo	Não. Relacionada às informações geradas em uma série de duas ou mais consultas	Não. Específica para um evento específico no momento
Orientada para a pessoa?	Sim	Não. Orientada para o problema	Sim
Resumo abreviado	No decorrer do tempo, relação pessoal	Episódios de doença (ou doença crônica)	Evento isolado
Medidas sugeridas	UPC (Breslau e Reeb, 1975) COC (Bice e Boxerman, 1977) LICON (Steinwachs, 1979) Índice “k” (Ejlertsson e Berg, 1984)	SECON (Steinwachs, 1979) LISECON (Steinwachs, 1979) Índice “s” (Smedby <i>et al.</i> , 1984)	Entrevista com população ou paciente

Fonte: Starfield (2002, p. 391).

Forti (2009) disserta sobre os países cujos sistemas de saúde adotam como porta de entrada os médicos generalistas, que exercem uma função de filtro e habitualmente acompanham uma “lista de pacientes”, famílias ou comunidades, que têm um médico geral de cabeceira. Atualmente esses países da Europa são: Dinamarca, Holanda, Irlanda, Itália, Reino Unido e Canadá (província de Ontário) e utilizam o sistema de pagamento por capitação.

Considerando que a continuidade pode ser garantida mediante a transferência de informações que envolvem melhorias na integração dos profissionais ou equipes de profissionais, prontuários médicos ou sistemas de informações computadorizados; e que a coordenação pela APS se traduz na sua capacidade de formar a base e determinar o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, de modo a organizar e racionalizar o uso de todos os recursos, Starfield (2002) apresenta estudos importantes neste sentido, como o de Rogers e Haring (1979), que consistiu numa avaliação aleatória controlada, envolvendo pacientes que foram acompanhados em três clínicas médicas especializadas, sobre a inclusão de um resumo computadorizado no prontuário médico contendo informações atualizadas a respeito do paciente. O resultado desse estudo mostrou que os pacientes cujos médicos receberam os resumos apresentaram aumento na realização de procedimentos e encaminhamentos indicados, maior implementação das dietas indicadas, maior clareza quanto a problemas novos e resolvidos, além destes pacientes permaneceram, em média, menos dias no hospital.

Tanaka e Oliveira (2007) publicaram um artigo apresentando uma descrição cronológica e uma análise crítica das reformas realizadas no Sistema de Saúde Britânico (NHS), apontando que a universalidade e o caráter público do sistema foram garantidos pela oferta da atenção básica, apesar das reformas na estrutura organizacional do sistema. Embora esse texto não tenha a coordenação dos cuidados pela APS como foco, ele é significativo para a discussão porque os autores visaram também mostrar lições importantes para o SUS, a partir das reformas desse sistema, que desde o seu nascimento considera a APS como estrutura basilar para a organização administrativa e financeira do sistema de forma integral.

Almeida *et al.* (2010) também apresentam o caso do sistema de saúde de um país europeu, Espanha, sobre a integração entre a APS e a atenção especializada (AE), estabelecendo um paralelo entre este sistema e o SUS. No âmbito de estratégias “pró-coordenação”, a Espanha se destacou nos seguintes aspectos: porta de entrada pela APS, papel de filtro do generalista, informatização da história clínica nos Centros de Saúde e definição de fluxos formais para a AE. A conclusão, todavia, mostra que a busca pela integração entre níveis assistenciais ainda é um grande desafio, pois outros problemas, tais como o conhecimento insuficiente dos profissionais que atuam na AE sobre o processo de trabalho em APS, que dificulta inclusive o uso de protocolos clínicos, ainda que estes sejam bem estabelecidos na rede de atenção, e a falta de reconhecimento profissional e social dos médicos de família, assim como também ocorre no Brasil.

Outro estudo a partir de experiências europeias é o da autora Lúgia Giovanella (2011) sobre redes integradas, programas de gestão clínica e coordenação por um médico generalista no sistema de saúde da Alemanha, mais especificamente sobre o setor ambulatorial. O estudo explicita as características peculiares da Alemanha, onde não há diferenciação entre serviço de primeiro contato e outros níveis assistenciais prestados por especialistas, o que dificulta as funções de coordenação do generalista e produz baixa continuidade da atenção. Ela conclui que há uma tendência à diversidade de componentes de um modelo integrado, mas ressalta os efeitos negativos da competição, inclusive sobre os demais instrumentos de integração da assistência, inibindo a conformação de arranjos cooperativos necessários para a coordenação dos cuidados.

Poder-se-ia citar outros estudos de caráter comparativo ou de características de outros sistemas de saúde internacionais, tais como o de Conill (2006), sobre sistemas comparados de saúde, em que a autora percorre as principais características de países da Europa, da América do Norte e da América Latina; Almeida (2002) sobre a reforma setorial na América Latina; e o estudo de Conill, Fausto e Giovanella (2010) que dissertam especificamente sobre a América Latina, porém, estes textos não têm a coordenação do cuidado como foco central da discussão, evidenciando-se a escassez na literatura sobre esse atributo, inclusive pela dificuldade em delimitar a discussão que o circunscreve. Em linhas gerais esses são os principais estudos com experiências internacionais que alcançam, de forma específica, a abordagem sobre coordenação do cuidado, enfocando a continuidade da atenção em todos os níveis assistenciais.

2.3 O gestor federal na condução de políticas públicas de atenção primária à saúde no Brasil

A política de saúde no Brasil, desde que passou a ser considerada como uma política social, teve como uma de suas consequências imediatas assumir que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania, e isso implica em como o estado provê esse direito, uma vez que as políticas sociais se estruturam em diferentes formatos ou modalidades de políticas e instituições, podendo garantir o acesso à saúde como uma medida de caridade, como um benefício adquirido mediante pagamento prévio ou como o usufruto de um direito de cidadania (FLEURY; OUVÉNEY, 2008).

Após a Constituição Federal de 1988, o SUS adotou como um de seus princípios a integralidade da assistência, que segundo o artigo 198, significa “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990). Assemelhando-se, portanto, ao conceito de integralidade de Starfield (2002), proposto pelo terceiro atributo essencial da atenção primária.

Reconhecidamente, a integralidade tem múltiplos sentidos e interpretações (SILVA; MAGALHÃES JR., 2006; MATTOS, 2001), dificultando a delimitação de seu universo por não haver um entendimento homogêneo sobre a questão. Na literatura nacional, é comum que seja menos conceitual e interessado sobretudo nas relações políticas e sociais como determinantes do processo saúde-doença. Já na discussão internacional, a integralidade é discutida sob princípios mensuráveis, de cunho funcionalista, focados especialmente no setor gerencial das políticas de saúde (MELLO, 2004).

No que se refere à integralidade, no Art. 16 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, compete à direção nacional do SUS definir e coordenar os sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade e de rede de laboratórios de saúde pública, sem, no entanto, fazer referência à atenção primária, nem mesmo aos modelos mais simples que a representassem. Quanto ao orçamento de responsabilidade da União, a lei expressa que “na esfera federal, os recursos financeiros, originários do orçamento da Seguridade Social, de outros orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde”, por meio do Fundo Nacional de Saúde (BRASIL, 1990). A União, representada pelo Ministério da Saúde, detém, desse modo, um importante leque de competências exclusivas na execução da política de saúde (SOUZA, 2005).

Com a criação do SUS e a necessidade de alcançar o princípio da integralidade, veio também a descentralização, que se concretizou por meio da municipalização de ações e serviços de saúde, resultando na gestão da maioria das unidades de APS pelos municípios e não mais pelos estados. Segundo Mendes (2012), a assunção pelos municípios das responsabilidades sobre a atenção primária à saúde gerou grande expansão da APS no SUS, o que foi reforçado pelo princípio ordenador do SUS, a integralidade da atenção, que tornava insuficiente a oferta de uma APS como programa de atenção primária seletiva e iminente a necessidade de estruturar um modelo de APS capaz de concretizar a integralidade das ações de saúde.

No ínterim desse processo de municipalização da atenção primária, desenvolviam-se experiências de modelos de cuidados primários em diferentes lugares do Brasil: a medicina geral e comunitária em Porto Alegre, a partir de 1983; a ação programática em saúde da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), surgida nos anos 70 e que tinha como ponto de origem o Departamento de Medicina Preventiva da USP; o médico de família da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói, na década de 90, apresentando nítida influência cubana; e o modelo de defesa da vida da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (Unicamp), desenvolvido no final dos anos 80, no Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp. Apesar da importância conferida a todas essas propostas, a que veio a se institucionalizar como política pública de corte nacional foi o Programa de Saúde da Família, criado no Governo Itamar Franco em 1993 (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; MENDES, 2012).

O embrião do PSF foi o então Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado pelo Ministério da Saúde em 1991, tendo suas primeiras experiências em visitas domiciliares às famílias, especialmente no norte e nordeste brasileiros, com destaque para o estado do Ceará, cuja Secretaria Estadual de Saúde instituiu o Programa de Agentes de Saúde em 1987, no governo de Tasso Jereissati, como parte de um programa de emergência para o combate à seca (MENDES, 2012). Esta pode ser considerada a experiência que exerceu maior influência para a estruturação da ESF, pois ela não foi apenas uma estratégia de implantação de APS, ela foi um instrumento de (re) organização do SUS, contribuindo significativamente para articular os diferentes níveis e entes federados do sistema, influenciando até hoje a identidade da ESF, embora as supracitadas experiências de ampliação de cobertura da atenção básica por parte do Ministério da Saúde tenham sido consideradas em sua formulação (TEÓFILO; SILVA, 2012; VIANA; DAL POZ, 1998).

Ainda em 1993, a partir de uma reunião convocada pelo Ministro da Saúde Dr. Henrique Santillo, ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro, em Brasília, sobre o tema Saúde da Família, teve-se como desfecho a proposta do PSF. Esse é um fato significativo na história da APS brasileira, porque essa reunião foi uma demanda dos secretários municipais de saúde que buscavam apoio financeiro para efetuar mudanças para operacionalização da rede básica de saúde (VIANA; DAL POZ, 1998). Por parte do Ministério da Saúde, institucionalizar o PSF como a política nacional de APS significou adotá-lo como uma estratégia de organização do SUS. Desse modo, superava-se, no discurso oficial, a visão da APS como um programa de atenção primária seletiva, justificando o objetivo geral do PSF de contribuir para a

reorientação do modelo assistencial de saúde a partir da atenção básica, conforme os princípios do SUS, “imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com a definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população” (BRASIL, 1997).

Surgiu, em 1994, o PSF, posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família, como proposta estruturante na construção de um novo modelo de atenção mais condizente com as necessidades sociais de saúde da comunidade, de modo a responder às complexas relações do processo saúde-doença da sociedade (ANDRADE; BARRETO; MARTINS, 2003). Essa estratégia estruturou a APS no Brasil, mas manteve o formato de ações programáticas, apresentando fragilidade nos instrumentos logísticos que deveriam facilitar o papel da atenção primária de coordenadora dos demais níveis assistenciais do sistema de saúde.

Com a NOB de 1996, houve uma definição mais clara do processo de organização dos serviços segundo níveis assistenciais, assim como houve uma retomada da tentativa de conceber e alcançar uma integralidade das ações em saúde. Com esta NOB, a APS assumiu a característica de primeiro nível de atenção (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Entretanto, até 1998 o financiamento da APS ainda ocorria mediante pagamento por produção, que enfatizava o financiamento da doença, em detrimento da atenção integral à saúde, e privilegiava localidades com maior estrutura de serviços, de modo que apenas no primeiro semestre de 1998 foi implantado o Piso de Atenção Básica, criado em 1997 e ampliado em 2001, como mecanismo de financiamento da APS que permitiria o repasse diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais de saúde (BRASIL, 2002).

A instituição do PAB significou uma importante forma de indução por parte do governo federal à implantação do PSF e do PACS nos sistemas municipais de saúde como estratégia para reorientação do modelo assistencial, especialmente porque ocorreu logo após um período de quatro anos de gastos decrescentes do governo federal em programas de saúde, com redução de 21% entre 1995 e 1998. Um dos objetivos de sua criação foi distribuir melhor os serviços básicos em nível nacional, pois a implantação deste mecanismo de transferência regular e automática de recursos federais aos municípios favorece a dissociação da produção do faturamento, característica central do sistema anterior ao PAB (COSTA, 2003; MELAMED; COSTA, 2003; SOLLA *et al.*, 2007).

Com as NOAS de 2001/2002, criou-se o PAB Ampliado, aumentado o valor mínimo do PAB pela incorporação de 22 novos procedimentos à tabela da Atenção Básica, que contribuíram para a resolutividade desse primeiro nível de atenção (BRASIL, 2002).

Em 2006, o Pacto pela Saúde 2006 - divulgado pela Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, e regulamentado pela Portaria GM/MS nº 699, de 30 de março de 2006 - estabelecido com intuito de consolidar o avanço do processo de Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios e diretrizes do SUS, formalizou compromisso entre gestores do SUS em torno de prioridades estabelecidas mediante metas nacionais, estaduais, regionais e municipais.

Com o Pacto, veio a publicação da Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o PSF e o PACS. Nesta política, houve expressividade da atenção primária como coordenadora dos cuidados na rede de serviços de saúde, quando se refere aos princípios e também aos fundamentos da APS, quando cita as características do processo de trabalho da ESF e quando enumera as atribuições comuns aos seus profissionais. Apesar de sua importância, essa política estava respaldada apenas por uma portaria, considerada uma normativa de menor força legal, portanto, sujeita a maior possibilidade de alterações ou mesmo do não cumprimento.

Em 2011, a publicação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamentou a Lei nº 8.080/1990 e passou a exigir uma nova dinâmica na organização e gestão do sistema de saúde, sendo as principais delas o aprofundamento das relações interfederativas, a instituição de novos instrumentos, documentos e dinâmicas na gestão compartilhada do SUS, a consideração da equidade como princípio do SUS, a definição de rede de atenção à saúde visando garantir a integralidade, bem como a definição de porta de entrada do sistema de atenção à saúde (BRASIL, 2011a).

O Decreto nº 7.508/2011 definiu que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada”. Neste sentido, é o primeiro documento que regulamenta, de forma segura do ponto de vista legal e normativo, a APS como porta de entrada e como responsável por coordenar os cuidados no sistema de saúde, visando, assim, ao preenchimento da lacuna até então existente.

Ainda em 2011 e após a publicação desse decreto, foi lançada a Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, revogando a Portaria GM/MS nº 648 e publicando a nova PNAB, com vistas a revisar e regulamentar a APS. Ela define a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. Define os diversos atributos das RAS, entre os quais se destaca: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as suas necessidades de saúde.

Dentre os instrumentos lançados pelo Ministério da Saúde para potencializar a APS brasileira, destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que possui como incentivo financeiro o então denominado Componente de Qualidade do PAB Variável. O PMAQ amplia a capacidade do município para captar recursos mensais para a APS e não subtrai recursos do PAB fixo ou do PAB variável, podendo, assim, ofertar aos gestores locais maior autonomia e governabilidade sobre o processo de trabalho das equipes de saúde da família.

A coordenação dos cuidados torna-se cada vez mais indispensável em razão do envelhecimento populacional, das mudanças no perfil epidemiológico, que evidencia crescente prevalência de doenças crônicas, e, da diversificação tecnológica nas práticas assistenciais. O cuidado de doentes crônicos resulta em interdependência entre as unidades de saúde, uma vez que tais pacientes utilizam simultaneamente serviços de diversas complexidades, o que demanda coordenação entre serviços, função que deve ser exercida pela atenção primária à saúde, mas que diante da complexidade que é reestruturar um modelo de atenção para atuar neste sentido, é preciso um grande esforço por parte da esfera federal.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Comparar a indução centralizada da coordenação dos cuidados pela atenção primária à saúde em dois sistemas de saúde universais.

3.2 Objetivos específicos

- Discutir a coordenação dos cuidados pela atenção primária à saúde (APS) no National Health Service (NHS) do Reino Unido;
- Categorizar os instrumentos normativos que induziram a coordenação dos cuidados no sistema de saúde brasileiro a partir da APS entre os anos 2007 e 2011;
- Identificar as estratégias desenvolvidas pelo Ministério da Saúde do Brasil entre os anos 2007 e 2011 cuja finalidade fosse induzir o papel da APS de coordenadora dos cuidados no sistema de saúde brasileiro;
- Analisar o discurso dos principais sujeitos envolvidos na indução federal da Atenção Primária à Saúde como coordenadora dos cuidados no sistema de saúde brasileiro entre os anos 2007 e 2011;
- Descrever elementos de base financeira que caracterizem a indução federal do papel da APS como coordenadora dos cuidados no sistema de saúde brasileiro no período 2007 a 2011.

4 METODOLOGIA

4.1 Abordagem e Tipologia do estudo

Este estudo tem abordagem quanti-qualitativa, em função da natureza diversa dos métodos trabalhados e dados que foram utilizados para a análise do fenômeno. Com base no seu objetivo geral, essa pesquisa é classificada como exploratório-descritiva. A pesquisa exploratória, segundo Gil (1999), permite maior familiaridade com o problema e o aprimoramento de ideias ou descoberta de intuições. Enquanto que a pesquisa descritiva trata de expor e buscar as explicações de um fenômeno.

A complexidade do objeto trabalhado nesse estudo colocou a necessidade de combinar e triangular métodos que possibilitassem a observação e análise dos dados sob diferentes perspectivas. Denzin (1970 *apud* MINAYO *et al.*, 2005) defende que “a compreensão da realidade se faz por aproximação” e que para isso é preciso que o pesquisador exercite a capacidade de observar a realidade por diferentes ângulos.

A abordagem qualitativa, que constitui neste estudo o principal núcleo reflexivo, foi trabalhada de modo a conhecer mais detalhadamente a coordenação dos cuidados pela APS no Reino Unido, haja vista que o NHS é orientado pela atenção primária há mais de 60 anos e, quanto ao contexto brasileiro, apreender quais foram os instrumentos normativos (leis, decretos, portarias), as estratégias lançadas pelo Ministério da Saúde e o discurso dos principais atores que buscaram tensionar o papel coordenador da atenção primária à saúde no âmbito do Ministério da Saúde durante os anos 2007 a 2011.

Ao abordarmos qualitativamente esse objeto de pesquisa não nos preocupamos primariamente em fazer generalizações ou estabelecer relações de causa e efeito, mas conhecer e sistematizar saberes prevalentes e estabelecidos no âmbito da esfera federal no que diz respeito à delimitação do estudo em análise e sem perder de vista o pressuposto de que toda realidade é um fenômeno regular e toda ciência opera por “abstração generalizante”, abstraindo particularidades pelo formato geral (DEMO, 1985).

Ao passo que a abordagem quantitativa teve como finalidade apontar elementos de base financeira que caracterizaram a indução federal do papel da APS como coordenadora dos cuidados no sistema de saúde brasileiro entre os anos 2007 a 2011.

Buscando atender as necessidades do estudo, os dados documentais (normas federais – especialmente portarias) foram tratados também sob uma abordagem quantitativa, de modo a evidenciar a relevância da temática nesses documentos, que expressam formas concretas de induzir processos de gestão no âmbito do Ministério da Saúde do Brasil.

Cresswell (2007, p. 145) defende o estudo de métodos mistos quando coloca que, independente da situação, “o uso da teoria pode ser dirigido pela ênfase da pesquisa de métodos mistos em métodos quantitativos ou qualitativos”. Assim, o presente estudo terá etapas quantitativas e qualitativas de acordo com a exigência dos objetivos específicos.

Minayo (2008) concluiu que se a objetividade não é passível de ser concretizada nas pesquisas sociais, é possível afirmar que o mesmo também ocorre sobre as metodologias quantitativas, todavia, esse *status* inatingível pode ser minimizado com o rigor metodológico, que é capaz de aproximar a realidade do objeto, numa tentativa de objetivação.

Vale ressaltar que nas investigações trianguladas os métodos não prescindem do rigor científico, devendo o pesquisador buscar reduzir o quanto possível as ameaças à validade interna e externa da pesquisa (MINAYO *et al.*, 2005).

4.2 Revisão bibliográfica: a construção da revisão de literatura

A revisão bibliográfica deve permitir uma ordenação e compreensão da realidade empírica, podendo haver vários níveis de aprofundamento, devendo, todavia, conter ao menos os estudos clássicos acerca do estudo em questão, assim como estudos mais atualizados sobre o assunto (MINAYO, 2008, p. 183).

Diante da grande quantidade de textos sobre APS, inclusive de estudos clássicos que estão dispostos em livros, optamos por fazer revisão literária não sistemática num primeiro momento e revisão sistemática *online* somente num segundo momento, passada a fase de discussão da literatura que contempla os principais estudos que cercam o tema em questão.

Assim, a revisão bibliográfica foi refinada com a continuação do levantamento de textos pertinentes ao estudo mediante a base de dados BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) - que permite amplo acesso a outras bases de dados, tais como LILACS, IBECs, MEDLINE,

Biblioteca Cochrane, SciELO, Pubmed, Portal Capes etc. - especificamente sobre coordenação dos cuidados pela atenção primária à saúde.

Inicialmente, encontramos uma grande quantidade de periódicos sobre APS, entretanto, ao buscar a especificidade do estudo obtivemos uma quantidade significativamente inferior, conforme o Quadro 2, que introduz a revisão sistemática realizada na segunda fase de revisão bibliográfica. A seleção dos textos se fez a partir dos títulos e de seus resumos.

A maioria dos textos trazia uma discussão dos atributos da APS e da prática dos serviços, sendo mais comum a análise ou avaliação desses aspectos, motivo pelo qual optamos pela combinação de palavras-chave (Coordenação dos Cuidados *and* Atenção Primária à Saúde; Integralidade *and* Atenção Primária à Saúde; Continuidade *and* Atenção Primária à Saúde) com o intuito de nos aproximarmos teoricamente da nossa investigação. Essa busca foi feita em novembro de 2012 e atualizada dia 23 de fevereiro de 2013 e está representada quantitativamente.

O delineamento desta investigação de textos atendeu aos seguintes critérios de inclusão, além das palavras-chave já demarcadas: a) permitir acesso ao seu conteúdo integral (texto completo); b) estar escrito nas línguas: português, inglês e espanhol; c) ter sido publicado nos anos 2007 a 2012; d) explicitar no resumo relação substancial com o objeto de estudo em questão.

Quadro 2 – Levantamento bibliográfico acerca da coordenação dos cuidados pela atenção primária à saúde, 2007-2011

PALAVRAS-CHAVE	TOTAL	TEXTOS COMPLETOS	TEXTOS PUBLICADOS NOS ANOS 2007 A 2012	TEXTOS PERTINENTES AO ESTUDO EM PORTUGUÊS, INGLÊS E ESPANHOL
Coordenação dos cuidados <i>and</i> Atenção primária à saúde	73	37	32	16
Integralidade <i>and</i> Atenção primária à saúde	210	125	114	31
Continuidade <i>and</i> Atenção Primária à Saúde	1.768	366	273	107
Total	2.051	528	419	154

Fonte: Elaboração própria.

A revisão bibliográfica e os dados resultados das entrevistas foram determinantes para estabelecimento das categorias de análise que nortearam a discussão na fase de análise da pesquisa. Flick (2007, p. 63) afirma que “a era das grandes teorias gerais acabou e há uma ampla variedade de modelos e de abordagens explicativas para problemas pormenorizados”. Considerando que tomamos um aspecto específico da APS, mas que tem forte associação com a organização do sistema de saúde no geral, tivemos como principal marco teórico as próprias políticas de saúde que expressem as prioridades do Estado na condução desse processo.

No início, os resultados da primeira busca geraram duplicidade de documentos em bases distintas e também dentro da mesma base com a mesma palavra-chave. Após excluir as duplicidades permaneceram 154 documentos (incluindo artigos, informes e documentos técnicos, teses e dissertações) pré-selecionados.

Após essa primeira filtragem, os artigos foram lidos na íntegra para selecionar aqueles que seriam fichados ou apenas mantidos em um banco de consultas, constituindo referência de apoio. Alguns documentos foram úteis para a incorporação de outras referências consideradas relevantes para a compreensão do objeto de estudo.

O material teórico obtido nessa fase seguiu as orientações de Nóbrega-Therrien e Therrien (2004), com o intuito de “delimitar e caracterizar o objeto específico de interesse do pesquisador e a consequente identificação e definição das categorias centrais da abordagem teórico-metodológica”.

4.3 Coleta de dados

Buscando atender a triangulação de métodos, foram utilizadas as estratégias de coleta de dados documentais; coleta de dados orçamentários; e realização de nove entrevistas semiestruturadas com sujeitos-chave correspondentes a dois sistemas de saúde: National Health Service (NHS), do Reino Unido, e Sistema Único de Saúde (SUS), do Brasil.

O período da pesquisa se refere aos anos de 2007 a 2011, período em que vigorou o Pacto pela Saúde, que definiu como prioridade a consolidação e qualificação da estratégia Saúde da Família como modelo de APS e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS, portanto, um período propício ao desenvolvimento da coordenação dos cuidados pela APS no Brasil.

4.3.1 Coleta de dados documentais

Os documentos constituem uma versão específica de realidades construídas para fins específicos, sendo complicado, muitas vezes, utilizá-los para validar afirmações provenientes da entrevista (FLICK, 2009, p. 234).

Nesta etapa da pesquisa, buscamos reunir documentos oficiais emitidos pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2007 e 2011 e que fossem importantes para a coordenação dos cuidados pela APS, ainda que indiretamente. Esses documentos foram a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2006 e sua reedição de 2011; o Decreto nº 7.508/2011, de 28 de junho de 2011; as portarias do período 2007 a 2011; o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e seu instrutivo; e a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

Alguns documentos que compõem o processo de consolidação do SUS foram base para a discussão, tais como: Constituição Federal de 1988; Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e Lei nº 8.142/90; Normas Operacionais Básicas (NOB); Emenda Constitucional 29, de 13 de setembro de 2000; Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS); e Pacto pela Saúde de 2006.

Destacamos aqui a necessidade de buscar todas as portarias pertinentes ao estudo, pois elas têm grande relevância no contexto da saúde, não só por sua vultosa quantidade, superior a mil portarias/ano, mas, principalmente por sua forte capacidade de indução adquirida na definição da política setorial. No âmbito do Ministério da Saúde, as portarias se expressam como uma forma de condução da política de saúde, com predomínio da esfera federal (BAPTISTA, 2007).

Nesse sentido, identificamos as portarias expedidas no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2011 por meio de consulta sistemática às bases de dados do portal do Sistema de Legislação da Saúde do Ministério da Saúde - Saúde Legis, no site <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis>. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave para consulta: Atenção Básica (AB); Atenção Primária (AP); Saúde da Família (SF); Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF); Agentes Comunitários de Saúde (ACS); Piso de Atenção Básica (PAB) fixo e PAB variável; e Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

A análise de documentos pode ser considerada uma forma de utilizar métodos não intrusivos e dados produzidos com finalidades práticas para o estudo. Além disso, os documentos são dados que podem abrir uma nova e não filtrada perspectiva sobre o campo e seus processos, levando comumente o pesquisador para além das suas expectativas (FLICK, 2009, p. 236).

4.3.2 Dados orçamentários

Outra fonte de dados utilizada nesta pesquisa foram os dados de execução orçamentária referentes aos recursos federais repassados ao Distrito Federal, estados e municípios da federação brasileira, que são organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento, quais sejam: I. Atenção Básica; II. Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; III. Vigilância em Saúde; IV. Assistência Farmacêutica; V. Gestão do SUS; e VI. Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

Trabalhamos principalmente os Blocos de APS e da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, em cada um dos cinco anos em estudo, tomando como fonte a base de dados de recursos federais do SUS, gerenciada pelo DATASUS, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS). Estes dados fizeram parte da análise quantitativa deste estudo e foram identificados no *site* do Portal da Saúde, do DATASUS, na Sala de Apoio à Gestão Estratégica (Gestão e Financiamento, Transferência Fundo a Fundo, Competência).

Justificamos a utilização desses dados considerando que a coordenação dos cuidados pela atenção primária é um atributo da APS, assim, as mudanças ocorridas neste atributo passam imediatamente pela APS para então impactar seu papel de coordenadora. Desse modo, a indução, mediante incentivo financeiro pelo Ministério da Saúde, para que a APS atue como coordenadora dos cuidados está sempre intrínseca ao modo de condução federal também da atenção primária como um todo, além de receber reflexos da forma como a atenção especializada e hospitalar é conduzida e incentivada financeiramente no contexto nacional.

4.3.3 Entrevista semiestruturada

As entrevistas são conversas com uma finalidade, sendo, acima de tudo, uma conversa realizada por iniciativa do entrevistador e destinada a construir informações condizentes com um objeto de pesquisa. A entrevista é uma forma privilegiada de interação social, e, como esta, está sujeita à dinâmica das relações existentes na própria sociedade (MINAYO, 2008).

Os roteiros de entrevista semiestruturados (Apêndices A, B, C) e (E, em língua inglesa) seguiram uma lógica que inicia por *perguntas abertas*, que podem ser respondidas com base no conhecimento que o entrevistado possui de imediato; adiante, *perguntas direcionadas para as hipóteses*, quando o entrevistado deve tornar mais explícito o conhecimento implícito; e por fim *perguntas confrontativas*, que retomam as teorias e relações apresentadas pelo entrevistado até aquele momento da entrevista, com o objetivo de “reexaminar criticamente as noções à luz de alternativas concorrentes”, que se colocam como verdadeiras oposições temáticas aos enunciados do entrevistado, de modo a evitar sua integração à teoria subjetiva do entrevistado (FLICK, 2009).

Salientamos que a opção por entrevista do tipo semiestruturada se deu por considerarmos que esse método permite que o entrevistado possa ir além daquilo pretendido pelo pesquisador, mas que tem significativa relevância para o fenômeno estudado, bem como permite que as falas dos entrevistados sejam exploradas a fim de elucidar pontos obscuros ou explorar trechos do discurso considerados relevantes.

Os sujeitos entrevistados corresponderam a dois sistemas de saúde: O National Health Service, do Reino Unido, e o Sistema Único de Saúde, do Brasil. Sobre o NHS, ouvimos cinco profissionais médicos britânicos (um General Practitioner do NHS, um diretor de um Primary Care Trust, dois professores da área atenção primária à saúde do Imperial College London e um consultor da OMS). E acerca do SUS, os Diretores do Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) e o Coordenador Geral da Gerência em Atenção Básica do DAB/SAS, sendo todos estes do período de 2007 a 2011.

Para a realização das entrevistas, o contato foi feito previamente por telefone diretamente ao sujeito do estudo. A pesquisadora se identificou e apresentou, em linhas gerais, os objetivos e o método do estudo, sendo então consultada a disponibilidade e

interesse do sujeito para participar da pesquisa. As entrevistas foram agendadas por e-mail, para no mínimo 15 dias após o contato telefônico.

Antes de cada entrevista, os sujeitos foram esclarecidos acerca dos objetivos da pesquisa, do recorte temporal utilizado e do porquê de sua inclusão como sujeito do estudo. Foram ressaltadas as questões relacionadas ao anonimato e assegurado aos sujeitos que seus nomes não seriam divulgados.

Em todas as entrevistas, houve a intenção de realizá-las pessoalmente. Porém, duas das quatro entrevistas realizadas com gestores federais da APS foram realizadas por telefone, estando a pesquisadora numa sala fechada na sede do Ministério da Saúde em Brasília-DF, utilizando o autofalante do telefone, de modo que foi possível manter a qualidade acústica do diálogo e a interação da pesquisadora com os entrevistados. Os dois entrevistados estavam em seus ambientes de trabalho, lugar escolhido por eles, estando um sujeito na cidade de Porto Alegre – RS e o outro em Belo Horizonte – MG.

As duas entrevistas realizadas pessoalmente também ocorreram nos ambientes de trabalho dos entrevistados, conforme opção feita por eles. Uma entrevista foi realizada no auditório da Prefeitura do Rio de Janeiro – RJ e a outra numa sala do Departamento de Atenção Básica, em um edifício anexo do Ministério da Saúde em Brasília-DF.

As entrevistas foram registradas simultaneamente por meio de gravação digital, com o consentimento dos sujeitos, e em seguida foram transcritas fielmente em um editor de textos pela pesquisadora.

No caso dos entrevistados do Reino Unido, os mesmos tiveram acesso, em língua inglesa, ao roteiro de entrevista (Apêndice E) e ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice F), assim como todo o processo de suas entrevistas foi realizado em língua inglesa, no Imperial College London, havendo em todas estas entrevistas o apoio de um professor do Imperial College London.

4.4 Organização e análise dos dados

Para a análise de conteúdo, utilizamos a técnica de análise temática ou categorial, que consiste em operações de desmembramento do texto em unidades (categorias), segundo reagrupamentos analógicos Minayo (2008). Com esta técnica, objetivamos descobrir núcleos

de sentido que compõem os textos sociais (BARDIN, 1979), buscando trabalhar com significados, em sua dinâmica e organização (MINAYO, 2008).

Bardin (1979) define a **análise de conteúdo** como um conjunto de técnicas de análise de comunicação que, mediante procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, permitem alcançar indicadores (quantitativos ou não) que nos fazem conhecer e fazer inferências sobre a produção e a recepção das mensagens.

Quanto à técnica de análise temática, Bardin (1979) define um “tema” como uma afirmação acerca de um assunto específico, que traz intrínseca um feixe de relações e que se apresenta em forma de uma palavra, uma frase, um resumo.

De acordo com Bardin (1979) e Minayo (2008), as etapas a serem seguidas para a análise temática compreendem:

a) Pré-análise: fase de organização e sistematização das ideias. Nessa fase, dispomos todas as entrevistas semiestruturadas em quadros que permitissem a visualização das falas dos entrevistados separadas por temas. Em cada tema constavam as falas de cada um dos sujeitos, o discurso na íntegra, as ideias centrais identificadas nesse discurso e as unidades de análise construídas a partir das ideias centrais. As falas dos sujeitos foram codificados por letras (A-I), sendo as falas dos ingleses entrevistados correspondentes às letras A, B, C, D e E, e as falas dos brasileiros entrevistados, correspondendo às letras F, G, H e I. A sequência das letras difere da ordem em que os sujeitos foram entrevistados, sendo mais uma forma de garantir o sigilo das informações e o anonimato da identidade dos sujeitos participantes da pesquisa. Quanto às unidades de análise, tiveram codificação feita por números, que permitiram correlacionar informações presentes em diferentes temas, impedindo uma discussão estanque para cada tema.

b) Exploração do material, fase em que os dados brutos do material foram codificados para se alcançar o núcleo de compreensão do texto. Nesta fase, destacamos trechos ou transcrições na íntegra dos discursos obtidos, que revelam a essência do depoimento ou, mais precisamente, do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento. Esta fase se refere à escolha de trechos das falas dos sujeitos, dispostas ao longo da seção de resultados e análise da pesquisa, na maior parte das vezes por meio de citação direta da fala dos entrevistados, sempre buscando a confidencialidade das informações e obediência à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nessa fase, os dados brutos foram submetidos à análise propriamente dita, a fim de se tornarem significativos e válidos e de evidenciarem as informações obtidas. Esta fase se refere propriamente à construção e disposição dos resultados e análise, etapa em que a discussão perpassa tanto os dados devidamente trabalhados, quanto as inferências feitas pelos pesquisadores e a literatura disponível e acessada.

As entrevistas realizadas com os profissionais do NHS tiveram tratamento diferenciado das entrevistas realizadas com os gestores federais da APS brasileira. Diante da diversidade de informações sobre o complexo funcionamento do NHS, optamos por construir inicialmente um texto de caráter descritivo acerca das informações desse sistema, com o objetivo de melhor apresentar os dados sistematizados e identificar com mais clareza as questões pertinentes à discussão da coordenação dos cuidados pela APS. As informações foram consolidadas em temáticas menores, sem o uso de citação direta, portanto, as falas codificadas nas letras A, B, C, D e E foram entrelaçadas e apresentadas na Parte II dos resultados e análise desta pesquisa.

A discussão comparativa dos dois sistemas, Sistema Único de Saúde e National Health Service, foi desenvolvida com apoio da literatura na Parte III dos resultados e análise desta pesquisa, após a triangulação de discussões de âmbito nacional e internacional referentes às estratégias de coordenação dos cuidados pela APS.

Segundo Conill *et al.* (1991), a comparação pode ser usada como metodologia de análise. A **análise comparada** pode seguir tanto uma linha mais operacional, que baliza a análise de situações concretas em organização de serviços; ou uma vertente de ordem mais conceitual, capaz de identificar questões críticas e tendências internacionais na área de saúde, como é o caso deste estudo. As autoras concordam que comparar é buscar semelhanças, diferenças ou relações entre fenômenos que podem ocorrer em tempo distinto ou não, que ocorram em espaços distintos ou não, objetivando conhecer determinações, causalidades e inter-relações.

Por meio da análise comparativa de forma racional - com utilização da síntese dos dados trabalhados com base na análise de conteúdo e na análise estatística - pudemos nos aproximar de importante objetivo da comparação que, segundo Schneider e Schmitt (1998), é “descobrir regularidades, perceber deslocamentos e transformações, construir modelos e tipologias, identificando continuidades e discontinuidades, semelhanças e diferenças, e explicitando as determinações mais gerais que regem os fenômenos sociais”.

Portanto, foi utilizada também a **análise estatística** para os dados quantitativos, com o objetivo de estabelecer a relação entre um modelo teórico explicativo da realidade e os dados observados no mundo real (MINAYO; SANCHEZ, 1993). A análise estatística foi utilizada de forma descritiva neste estudo, com sistematização de dados mediante o programa Microsoft Excel, visando exprimir a informação relevante contida na grande massa de dados através de um número muito menor de valores ou medidas características ou através de gráficos simples, mas que demonstram a relevância da informação, como os gráficos construídos a partir dos valores referentes aos blocos de financiamento repassados do governo federal para estados, municípios e Distrito Federal.

Os dados foram então triangulados e classificados por ano de estudo, assim, para cada um dos 5 anos em análise os dados foram trabalhados individualmente e depois triangulados junto aos demais dados, de modo a expressar claramente o processo de indução do Ministério da Saúde para a APS coordenar os cuidados no sistema de saúde brasileiro por meio de portarias e de repasses financeiros (mediante blocos de financiamento). Elaboramos um quadro (Quadro 3) para sistematizar a coleta das normativas referentes ao período em estudo e ao tema em estudo.

Quadro 3 – Sistematização da coleta de dados normativos no âmbito federal acerca da atenção primária à saúde, 2007-2011

FONTE DOCUMENTAL DO SAÚDE LEGIS	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
PORTARIAS	88	117	187	141	165	696
PORTARIA CONJUNTA	01	00	00	01	01	03
CONSULTA PÚBLICA	01	00	00	00	00	01
Palavras-chave utilizadas para busca: AB (173), SF (567), NASF (29), PROESF (10), AP (11), ACS (133), PAB (23), PMAQ (03)				Total de Normas: com duplicidade: 949		
				Total de Normas: sem duplicidade: 700		

Fonte: Elaboração própria.

Foram identificadas 949 normativas e, depois de excluídas as duplicidades, restaram 700, que foram então sistematizadas no programa Microsoft Excel, sendo construída uma planilha para cada ano. Cada palavra-chave possuía os seguintes eixos: data de assinatura, tipo de norma e número, situação (vigente ou revogada), origem (secretaria, Gabinete do Ministério da Saúde etc.), link para acesso *online* e título da ementa da normativa.

4.5 Aspectos éticos

Em consonância com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que determina que as investigações envolvendo os seres humanos assegurem que seus direitos sejam protegidos, esta pesquisa adotou os quatro princípios básicos da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (BRASIL, 1996).

Os sujeitos da pesquisa tiveram livre arbítrio para participação deste estudo, conforme o princípio da autonomia, que garante o respeito à individualidade e à autodeterminação que todo ser humano possui, reconhecendo sua dignidade e liberdade. O respeito a este princípio esteve presente no processo de obtenção do Consentimento Pós-Informado assinado pelo participante, o qual tinha a intenção de promover a capacitação necessária ao indivíduo possibilitando-o tomar uma decisão baseada em informações e esclarecimentos pertinentes no que diz respeito à sua participação na pesquisa.

O princípio da beneficência responsabiliza o pesquisador, em relação ao estudo, com a garantia do máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos aos sujeitos participantes. Ressaltamos que os resultados desta pesquisa poderão subsidiar reflexões sobre a condução de políticas federais e apontar caminhos exequíveis a serem seguidos na implementação da atenção à saúde coordenada pela APS.

Destacamos também o princípio da não maleficência, o qual garante que danos previsíveis sejam evitados. Assim, os riscos para os atores sociais da pesquisa foram avaliados em contraposição aos potenciais benefícios para os mesmos, incluindo aqui a importância do conhecimento gerado pela pesquisa e a garantia de que não haverá qualquer forma de constrangimento ou risco de vida ou danos aos participantes da pesquisa.

Quanto à justiça, todos os sujeitos da pesquisa foram submetidos aos mesmos procedimentos, sem qualquer forma de discriminação, sendo distribuídos igualmente os riscos e benefícios no que diz respeito à participação na pesquisa. Além disso, todos os sujeitos terão acesso aos resultados e aos benefícios gerados pela pesquisa.

Os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa, após conhecerem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D) e (Apêndice F, em língua inglesa), são considerados sujeitos do estudo, sendo que todos foram tratados no gênero masculino para proteger sua identidade, haja vista que oito sujeitos eram do sexo masculino e apenas um sujeito do sexo feminino. Através deste documento, foram informados os objetivos

do estudo e assegurados o devido sigilo das informações e o anonimato da identidade dos profissionais.

É importante assinalar que este projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, a fim de que fosse assegurada a observância dos princípios éticos, e obteve **parecer consubstanciado favorável sob o Número 198.092**, sem pendências ou inadequações, sendo considerada uma pesquisa metodologicamente bem desenhada e de relevância no cenário da saúde coletiva brasileira.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão deste estudo foram organizados em três partes, de modo a compreender os dados coletados e sistematizados referentes ao sistema de saúde do Brasil, Sistema Único de Saúde (SUS) e do Reino Unido, National Health Service (NHS).

Parte I – Caso do Brasil: a expansão da atenção primária à saúde e o desafio da indução centralizada da coordenação dos cuidados. Trabalhamos sob duas vertentes, primeiro analisando a condução federal da política Nacional de Atenção Básica no Brasil, observando as concepções dos gestores federais entrevistados sobre APS no sistema de saúde brasileiro; o fortalecimento da APS como estratégia para viabilizar a coordenação dos cuidados, destacando a condução ministerial da atenção primária mediante a expedição de portarias e a relevância da participação social no fortalecimento da APS; e o financiamento da atenção primária brasileira durante o Pacto pela Saúde e o desafio de estimular a coordenação dos cuidados pela APS. Em um segundo momento, analisamos as políticas nacionais do Ministério da Saúde relevantes para a coordenação dos cuidados pela atenção primária nos anos 2007 a 2011, observando aspectos das políticas nacionais que impactaram na coordenação dos cuidados pela atenção primária nos anos 2007 a 2011, quais sejam: Política Nacional de Atenção Básica, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Redes de Atenção à Saúde e Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Nesta segunda etapa foram discutidas também as estratégias de Tecnologias de Informação e Comunicação, cujo enfoque também fosse coordenação dos cuidados pela atenção primária.

Parte II – Caso da Inglaterra: atenção primária à saúde como chave do National Health Service. Além dos dados relativos à coordenação dos cuidados realizada no NHS, apresentamos também aspectos gerais que dizem um pouco da estrutura e organização desse sistema, pois são relevantes para a compreensão do atributo analisado. Em caráter descritivo, trabalhamos essencialmente as entrevistas realizadas com os cinco profissionais médicos britânicos acerca do sistema de saúde inglês, a discussão passa desde a história do NHS; contrato dos general practitioners; estrutura física da APS; Primary Care Trusts (PCTs); financiamento do sistema; continuidade dos cuidados; até a atual reforma que teve início em 2013 instituindo os Clinical Commissioning Groups (CCGs).

Parte III – Coordenação dos cuidados pela APS em dois sistemas de saúde universais: Sistema Único de Saúde e National Health Service. Iniciamos com a abordagem

da fixação do médico na APS brasileira e sua forma de contratação para trabalhar na ESF. Em seguida, abordamos comparativamente as estratégias de coordenação dos cuidados utilizadas pelos sistemas universais SUS e NHS, estabelecendo alguns paralelos e apontando características gerais, potencialidades e dificuldades que diferenciam a abordagem de atenção primária adotada pelos dois sistemas em questão.

PARTE I**CASO DO BRASIL: A EXPANSÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE E O DESAFIO DA INDUÇÃO CENTRALIZADA DA
COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS**

5.1 Condução federal da política Nacional de Atenção Básica no Brasil

A Política Nacional de Atenção Básica é conduzida pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), integrante da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde do Brasil, junto a outros seis departamentos e três institutos (Quadro 4). As atribuições e competências deste departamento foram definidas pelo Decreto nº 7.797/2012, que estabeleceu a estrutura regimental do Ministério da Saúde, e pela Portaria nº 2.488/2011 que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica.

O DAB é composto por seis secretarias: acompanhamento e avaliação; alimentação e nutrição; gestão da atenção básica; saúde bucal; atenção domiciliar; e áreas técnicas, além de um grupo técnico de gerenciamento de projetos e um núcleo de tecnologia da informação (Figura 1).

Dentre as principais funções do DAB, podemos destacar: a definição e revisão periódica e pactuada das diretrizes da PNAB com representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); a garantia de fontes de recursos federais para financiar a APS; o estabelecimento das diretrizes nacionais e disponibilização de instrumentos técnicos e pedagógicos facilitadores do processo de gestão, formação e educação permanente dos gestores e profissionais da atenção básica; o desenvolvimento de estratégias de articulação com os demais entes federados com vistas à institucionalização da avaliação e qualificação da APS; e articulação com o Ministério da Educação de estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde visando à formação de profissionais e gestores com perfil adequado à Atenção Básica (BRASIL, 2012a).

Quadro 4 – Estrutura regimental do Ministério da Saúde em 2013

MINISTÉRIO DA SAÚDE
I - Órgãos de assistência direta e imediata ao Ministro de Estado da Saúde
<i>a) Gabinete</i> <i>b) Secretaria-Executiva</i> <i>c) Consultoria Jurídica</i>
II - Órgãos específicos singulares
<i>a) Secretaria de Atenção à Saúde</i> 1. Departamento de Atenção Básica; 2. Departamento de Atenção Especializada; 3. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas;

4. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas;
5. Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro;
6. Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde;
7. Departamento de Articulação de Rede de Atenção à Saúde;
8. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva;
9. Instituto Nacional de Cardiologia; e
10. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad.

b) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

c) Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

d) Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

e) Secretaria de Vigilância em Saúde

f) Secretaria Especial de Saúde Indígena

III - Órgãos colegiados

a) Conselho Nacional de Saúde;

b) Conselho de Saúde Suplementar; e

c) Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC.

IV - Entidades vinculadas

a) Autarquias

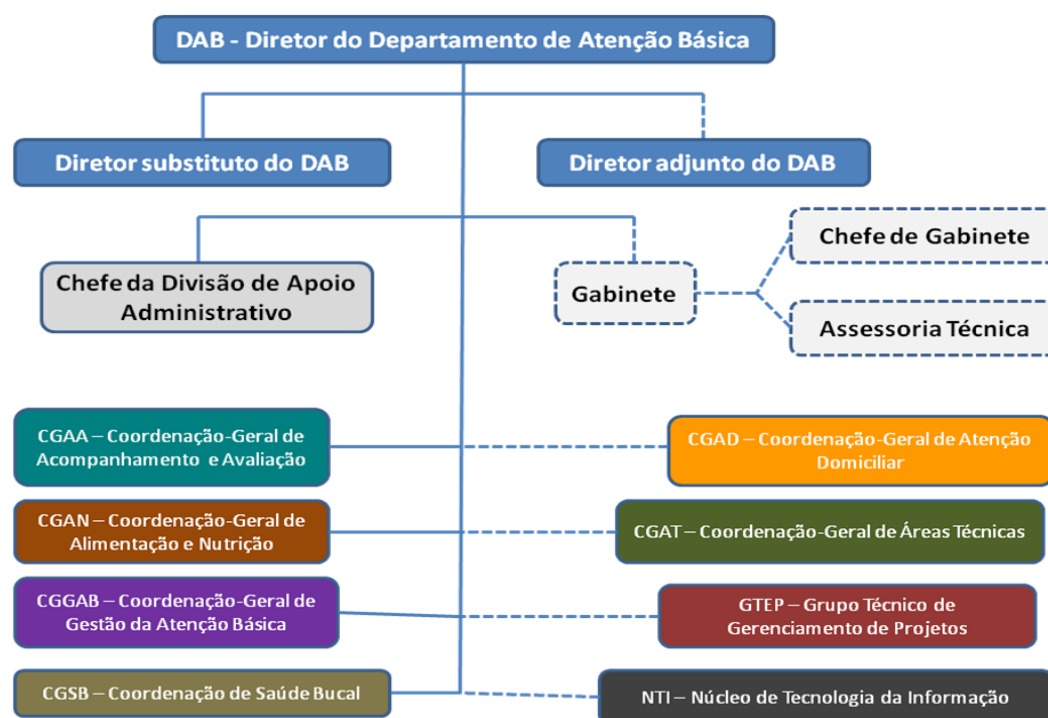
b) Fundações públicas

c) Sociedades de economia mista

d) Empresa pública

Fonte: Elaboração própria a partir do Fluxograma do Ministério da Saúde

Figura 1 – Organograma do Departamento de Atenção Básica em 2013



Fonte: Adaptado do Fluxograma do Departamento de Atenção Básica do *site* do Ministério da Saúde

Apesar de a criação do DAB ter sido em 1999, somente sete anos depois foi lançada a Política Nacional de Atenção Básica, que aprimorou a definição das responsabilidades sobre a atenção básica para os três entes federados. Atualmente, é na esfera municipal que, mesmo “de modo lento, gradual e negociado”, concretiza-se a maior parte das ações relacionadas à gestão da rede de serviços de saúde no país e a prestação direta da maioria das ações e programas de saúde, fato que teve início em 1998, quando a grande maioria dos municípios assumiu a agenda setorial da APS (BODSTEIN, 2002).

Esse movimento de descentralização das ações de saúde teve início com a Constituição Federal de 1988 e a consequente instauração do federalismo radicalizado, que estabeleceu uma divisão institucional do trabalho entre os diversos entes. Com a divisão de responsabilidades para execução das políticas públicas, a União tornou-se a maior responsável pela formulação das políticas, arrecadação fiscal e devolução de recursos, na forma de transferências obrigatórias e voluntárias. Já os estados, orientaram-se ao papel de “alavancas do desenvolvimento”, ao passo que os municípios ficaram relegados a segundo plano no que diz respeito a seu envolvimento com as políticas sociais, tornando-se, no entanto, os gestores fundamentais das políticas em sua operacionalidade (LASSANCE, 2012).

Abrucio (2006) ressalta que processos de descentralização de políticas públicas exigem atuação coordenada do governo central, indispensável a uma descentralização efetiva e justa. Nessa perspectiva, o governo federal deve reforçar seu papel coordenador, respeitando os princípios básicos do federalismo, quais sejam autonomia e direitos originários dos governos subnacionais, barganha e pluralismo, associados ao relacionamento intergovernamental e aos controles mútuos.

É nesse contexto de responsabilidade pela coordenação de um processo descentralizado que se insere a condução federal da Política Nacional de Atenção Básica pelo DAB. Vale ressaltar que a complexidade das demandas de atenção primária à saúde ultrapassa o escopo de atuação desse departamento e pode extrapolar inclusive os limites de atuação do Ministério da Saúde, especialmente quando se observa o imperativo ético, contido na PNAB, de que todas as demandas, necessidades de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos na APS.

5.1.1 Concepções dos gestores federais sobre a coordenação dos cuidados pela atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde

A coordenação dos cuidados é um dos quatro atributos essenciais da atenção primária. Esses atributos foram definidos numa tentativa de avaliar a APS proposta por um comitê do Instituto de Medicina nos Estados Unidos no final da década de 1970. Inicialmente a sugestão foi de cinco atributos: acessibilidade, integralidade, coordenação, continuidade e responsabilidade, sendo este último excluído, posteriormente, por ser uma característica comum a outros níveis assistenciais. A complexidade desses atributos levou a definição inicial apenas da integralidade (STARFIELD, 2002). A dificuldade de definição do atributo coordenação do cuidado tem início, assim, desde sua concepção enquanto conceito balizador para avaliação da atenção primária.

Starfield (2002) definiu a coordenação (integração) da atenção, como agregadora de diversas questões importantes e que também requer alguma forma de continuidade, por profissionais e, ou prontuários médicos, além de reconhecimento de problemas, que pode ser facilitado com a presença do mesmo profissional para acompanhar o paciente ou com um prontuário médico a esclarecer estes problemas. Desse modo, a continuidade e o reconhecimento de problemas são necessários para avaliar a coordenação da atenção.

A discussão conceitual dos atributos essenciais da atenção primária é reiteradamente suscitada nas falas dos gestores federais da APS, como observamos a seguir:

[...] a questão da coordenação da atenção [...] é um dos atributos da APS que custa mais no sistema de saúde a ser alcançado o seu ideal, [...] os outros atributos têm que vir antes... a coordenação do cuidado ela é uma consequência dos outros atributos (H).

[...] o acesso é outro atributo, mas pra você ter uma coordenação você tem que ter primeiro acesso... (I)

[...] se eu pegasse os quatro princípios, a coordenação é um deles... (G).

Os gestores utilizam os atributos da APS também como sinônimo de princípios da atenção primária. Uma razão para tal é o fato de esses quatro atributos se assemelharem aos princípios da atenção básica presentes na PNAB, quais sejam: universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Ao passo que a coordenação do cuidado é apresentada como fundamento e diretriz da atenção básica, junto à territorialização, ao acesso universal e contínuo, à longitudinalidade e à participação social (BRASIL, 2012b).

A PNAB define coordenação do cuidado de forma abrangente, ressaltando a importância de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com condições de deslocar o processo de trabalho centrado em procedimentos e profissionais para um processo centrado no usuário. Afirma a coordenação da integralidade como um fundamento e diretriz em seus vários aspectos:

[...] integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção (BRASIL, 2012b, p. 21).

Algumas vezes a coordenação é trabalhada como uma construção de *linhas de cuidado* que perpassam os diferentes níveis assistenciais e os serviços de saúde, por meio de planos assistenciais, de modo que consideram em suas discussões o enfoque na organização do processo de trabalho (CARVALHO, 2005; FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2006; MERHY, 2002). As linhas de cuidado podem ser compreendidas como a expressão dos fluxos assistenciais que garantem o atendimento às necessidades de saúde dos usuários, é o desenho do itinerário que o usuário percorre numa rede de saúde incluindo segmentos externos ao sistema de saúde, mas que de alguma forma participam da rede. Elas reconhecem que os gestores dos serviços podem reorganizar o processo de trabalho para facilitar o acesso do usuário à rede assistencial de saúde (FRANCO; FRANCO, *sine data*).

Percebemos que a abordagem com utilização do termo linhas de cuidado, embora seja trabalhada no aprofundar das falas dos gestores do DAB, não é destacada como parte fundamental do conceito de coordenação dos cuidados quando indagados sobre sua compreensão acerca de um sistema de saúde coordenado pela atenção primária:

[...] é uma imagem, é uma visão-objetivo, o caminho pra poder chegar nisso [...] é um caminho longo... coordenação do cuidado é isso, é uma equipe, é um conjunto de profissionais que eles têm vínculo, que eles têm longitudinalidade nesse cuidado e que eles fazem a gestão desse cuidado mesmo que precise de ações, procedimentos e momentos de estar em outros pontos da atenção. É necessário que você planeje o sistema de saúde a partir da atenção básica... é uma ideia central, estão colocados nos nossos documentos, na nossa política etc. (F).

[...] é um sistema que tenha uma vinculação dos pacientes, dos usuários com equipes que são [...] a porta de entrada pra toda a rede assistencial que vai ser provida pelo sistema... não é uma coordenação da atenção clínica especificamente, é uma coordenação de todo um cuidado que é dado a um cliente dentro de um sistema de saúde... atenção primária enquanto uma lógica de um sistema de saúde, que é um processo de coordenação e organização do cuidado que vai pra além da equipe, mas que tá articulado à equipe como um todo, ao sistema como um todo (G).

[...] é a gente ter serviços de atenção primária no sistema de saúde e eles integrem todo o cuidado que os cidadãos recebem em qualquer nível, em qualquer ponto na atenção do sistema (H).

[...] sistema de saúde coordenado pela atenção primária, esse é o termo certo mesmo, mas eu acho que [...] poderia ser dito também sistema de saúde construído e planejado a partir da atenção primária [...] outras pessoas usam também o termo ordenado pela atenção primária, é que as necessidades do sistema [...] aquilo que vai ser necessário pro resto do sistema vai ser apontado pela atenção primária... (I).

Portanto, a definição conceitual de coordenação dos cuidados pela APS dos gestores é direcionado para a discussão de sistema de saúde, que remete ao modelo de atenção organizado a partir da atenção básica e não especificamente a partir do processo de trabalho. Sob essa lógica, a discussão também perpassa a necessidade de uma atenção com acesso facilitado para a criação do vínculo, devendo ser realizada, portanto, na atenção básica, cujas características favorecem esse processo (BRASIL, 2007a; FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2006), além de considerar aspectos intervenientes no processo de coordenação dos cuidados que ultrapassam as dificuldades impostas pela ausência ou insuficiência de mecanismos organizacionais de integração da rede (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011), tais como as rivalidades e competições entre prestadores e categorias profissionais (STARFIELD, 2002) e as diferentes formas de pagamento (GÉRVAS; RICO, 2006).

Pode-se concluir que os sujeitos participantes deste estudo concordam com o conceito de coordenação estabelecido por Starfield adotado neste estudo, ao diferenciar coordenação dos demais atributos da atenção primária, ao mesmo tempo em que reconhece a interdependência dos mesmos.

Quanto à relevância do atributo em questão, os entrevistados mantêm comum acordo com as demais literaturas consultadas, as quais mostram que sistemas orientados pela APS possuem resultados positivos quanto à provisão de melhores cuidados em saúde para suas populações, possibilitando o alcance de maior equidade e eficiência, de continuidade da atenção e de satisfação dos usuários (ALMEIDA, 2010; KRINGOS *et al.*, 2010; MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003; MENDES, 1999, 2010, 2012; STARFIELD, 2002).

Apesar de haver clareza quanto à relevância da responsabilidade inerente à atenção primária de coordenar os cuidados no sistema de saúde, ainda há dificuldade quanto à compreensão desse atributo por parte de muitos profissionais, gestores e até mesmo de formadores de opiniões atuantes em universidades, como colocado pelo sujeito H:

[...] essa questão do entendimento do quê que é um sistema de saúde orientado pela atenção primária é uma maturidade da sociedade brasileira e os gestores municipais estão dentro disso.

No contexto latino-americano, especialistas em avaliação, baseados na estratégia canadense, reconheceram a coordenação dos cuidados entre os distintos níveis assistenciais do sistema de saúde como um objetivo da APS, além de considerá-la, junto com intersectorialidade, como componentes essenciais de uma concepção abrangente. E embora se compreenda que sua função é facilitar a integração entre instituições, profissionais e trabalhadores dos serviços de saúde e assim evitar a fragmentação e alcançar atenção integral e integrada, a coordenação, bem como o “planejamento dos serviços”, foram os atributos da APS que atingiram baixo nível de consenso no que se refere à clareza e significado do conceito (HAGGERTY; YAVICH; BÁSCOLO, 2009).

Somado à dificuldade em definir o atributo coordenação dos cuidados, há que se considerar a complexidade intrínseca ao modelo adotado pelo sistema de saúde brasileiro, no qual interagem gestores com diferentes formações e em diversas esferas de atuação num país federado, geograficamente continental, com políticas descentralizadas. Mesmo sob essa perspectiva, os gestores não hesitaram em defender que a coordenação dos cuidados deva ser executada pela APS, embora tenham feito ressalvas acerca das especificidades do sistema brasileiro:

[...] eu não tenho dúvida que tem que ser a atenção primária, [...] tem N modelos em outros países mostrando isso [...] pelo tamanho do país, pelas diferenças regionais etc., a gente tem muitos serviços de atenção primária, de equipe de saúde da família [...] então a gente tem alguns problemas que precisam ser resolvidos antes, pra gente ter coordenação (H).

[...] se a gente pensa numa atenção primária forte, a coordenação é essencial, e tem que ser feita pela atenção primária [...] é o que dá o nó, que amarra bem o cuidado da pessoa (I).

[...] é o melhor lugar pra poder fazer avaliação de quais outras ações são necessárias... é complexa, mas ela é possível [...] a gente tem avançado na presença no município, que é um serviço concentrado, por exemplo, a capital, é muito mais fácil, [...] entre aspas, mas está todo mundo sob a gestão de um mesmo gestor e esse gestor tem linha de comando sobre os outros gestores de equipamentos de saúde (F).

No contexto de descentralização, a saúde ocupa posição de destaque entre as demais políticas sociais, pois se configura como uma experiência bem-sucedida, mas também como um exemplo das limitações enfrentadas pela descentralização das políticas públicas e das complexas e necessárias articulações entre União, estados, municípios e Distrito Federal. O Pacto pela Saúde minimizou algumas questões relativas às articulações interfederativas, mas duas críticas importantes sobressaem quanto à questão federativa. Uma, o processo de municipalização autonomizou os municípios de modo que cada município passou a visar à

criação de sua própria rede de assistência, o que interferiu na ação cooperativa de base regional. Outra, os consórcios municipais promoveram ação conjunta de forma pragmática, desvinculada de uma regionalização sistemática para o conjunto de municípios de cada estado, resultando em igual processo de autonomização dos municípios (NOGUEIRA, 2012).

Essa problemática recai diretamente sobre a coordenação dos cuidados, tendo em vista a peculiaridade brasileira de possuir uma esmagadora maioria de municípios de pequeno porte, com ausência de equipamentos de saúde de alta densidade tecnológica e consequente necessidade de articulação regional. Evidencia-se ainda que a coordenação dos cuidados pela APS também requer estratégias que fogem ao escopo de atuação da atenção primária, estendendo-se para estruturas e dispositivos que visem integrar os níveis assistenciais, o que é discutido mais adiante neste estudo.

Essa “diluição” da rede assistencial no sistema de saúde brasileiro, apesar do processo de autonomização, é uma das razões pela qual se imputa ao Secretário de Saúde Municipal e até mesmo ao Prefeito Municipal o papel de importantes responsáveis pela coordenação dos cuidados no nível regional, como se observa nas falas dos sujeitos F, H e I:

[...] vai ter algumas situações que nós vamos precisar de trabalhar com outro gestor, com gestor estadual, quando os equipamentos são deles, o município pequeno em grande parte ele vai ter que dialogar com o município do lado, [...] o desafio do SUS é fazer uma governança em rede, tirando pouquíssimos lugares, necessariamente é a rede... (F).

[...] a coordenação do cuidado no sistema de saúde ela é muito mais uma atribuição da gestão municipal... (H).

[...] isso é o papel da gestão municipal, tá fazendo essa integração, é claro que é mais difícil, mas é a realidade brasileira (I).

Mais uma vez, toma-se a questão conceitual do atributo coordenação do cuidado, cuja definição se confunde também com o termo “integração”. Ambas são colocadas como atributos da abrangência alcançada pela APS e são essenciais para garantir a qualidade e os resultados sobre a saúde da população (SISSON *et al.*, 2011). Porém, a coordenação dos cuidados é diferente e tem forte apoio na existência de ações integradas entre prestadores de serviços de diferentes níveis ou ao interior de um mesmo nível, como no caso da APS, havendo assim uma centralidade no usuário, que deverá perceber e experienciar ações contínuas e que satisfaçam às suas necessidades (BOERMA, 2007). Já a integração pode acontecer de três formas: *vertical*, quando integra diferentes níveis num sistema de saúde; *horizontal*, quando ocorre entre profissionais e prestadores de um mesmo nível; e *intersectorial*

quando acontece entre diferentes setores, como social, sanitário, educacional, jurídico etc. (GÉRVAS; RICO, 2006).

Esta evidente dificuldade de definição conceitual também esteve presente nas falas dos gestores, como podemos observar:

[...] qual é o grau na regulação do acesso aos serviços e procedimentos de outros pontos de atenção que a equipe decide? [...] qual é a capacidade de contratualização dessa equipe com outros pontos de atenção? Então nós vamos colocando algumas outras questões que vão aprofundando essa ideia da coordenação do cuidado e aí nós vamos chegando a níveis cada vez mais complexos dessa relação com o sistema (F).

[...] uma parte da coordenação é responsabilidade dos profissionais, eles têm que ser resolutivos, [...] encaminhar com responsabilidade, [...] essa é a parte dos profissionais. Agora, a coordenação do cuidado no sistema de saúde ela é muito mais uma atribuição da gestão municipal nesse caso, no modelo brasileiro, então se não tem um secretário de saúde, um gestor, um prefeito que compreenda o quê que é dar poder pros serviços de atenção primária coordenarem o cuidado das pessoas [...] aí é muito difícil as equipes e os profissionais sozinhos realmente fazerem isso... (H).

Haggerty *et al.* (2003 *apud* ALMEIDA 2010, p. 05) afirmam que apesar da importância conferida ao tema, há predominância de uma confusão teórica e até mesmo utilização de forma indiscriminada dos termos continuidade assistencial, coordenação, integração de serviços, assim como existem diversas formas de mensuração para os mesmos. Todavia, os autores destacam que continuidade não é um atributo referente aos prestadores ou organizações, mas que guarda relação direta com o modo como o paciente experencia a coordenação entre os serviços de saúde, e que uma série de estudos mostra associação positiva entre coordenação e continuidade.

Para melhor definir o atributo continuidade e assim diferenciá-lo de coordenação, retomamos o Quadro 1, em que Starfield (2002, p. 391) diferencia conceitualmente longitudinalidade, continuidade e primeiro contato, que também costumam confundir-se. Continuidade é orientada para o problema, sendo um mecanismo para fornecer informações de acompanhamento dos problemas ou tipos de problemas, diferente de longitudinalidade e primeiro contato, orientados para a pessoa.

De forma mais concreta, no que se refere à coordenação dos cuidados, Hofmarcher, Oxley e Rusticelli (2007) realizaram estudo a partir da literatura e dos *policy makers* dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) e identificaram quatro potenciais áreas, conhecidas como medidas pró-coordenação, nas quais processos de reforma podem incidir positivamente sobre a capacidade dos sistemas de saúde em melhorar a coordenação dos cuidados e contribuir com a relação custo-

efetividade no desempenho dos serviços de saúde. Em síntese, as quatro áreas identificadas são: Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs); padrões de alocação de recursos na atenção de primeiro nível; mudanças nos modelos de cuidado ambulatorial; e integração entre os níveis assistenciais. Neste estudo, obtivemos resultados cuja discussão teórico-prática aponta no sentido das medidas pró-coordenação e cuja discussão se encontra nas próximas sessões.

Justificada a dificuldade conceitual dos atributos da atenção primária à saúde, reiteramos os conceitos apresentados na introdução e sintetizamos a definição do atributo coordenação dos cuidados utilizada neste estudo: prestação de diversos serviços e ações de atenção à saúde de forma que estes se articulem entre si, resultando num cuidado harmônico e direcionado ao alcance de um objetivo comum (NÚÑEZ; LORENZO; NAVERRETE, 2006; STARFIELD, 2002). Esta função compete à APS, por ser a responsável por identificar as necessidades de atendimentos especializados, coordenar as referências para profissionais adequados e garantir a continuidade da atenção acompanhando os resultados terapêuticos e a evolução clínica dos pacientes que percorrem os níveis de atenção no sistema de saúde (ANDRADE; BARRETO; FONSECA, 2006).

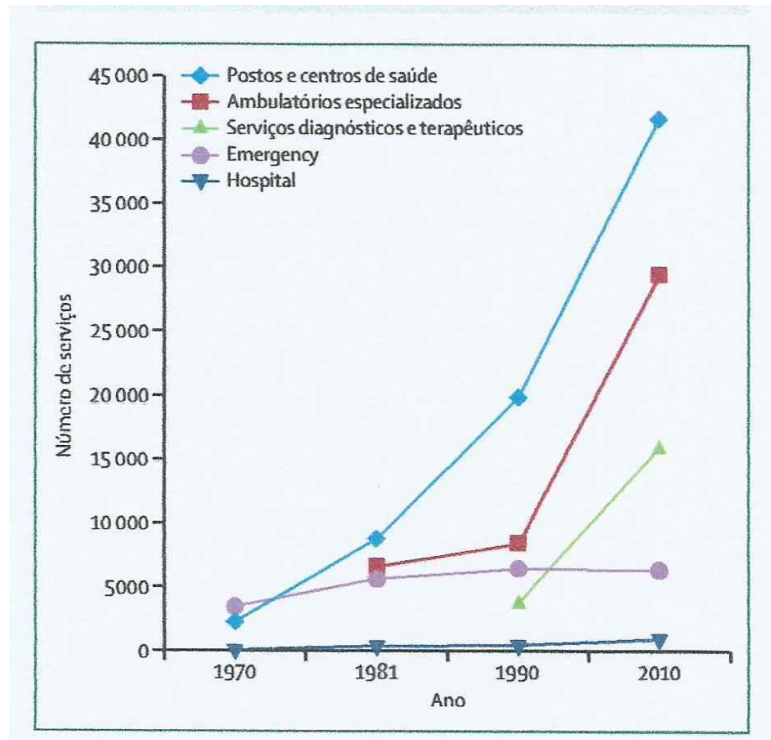
5.1.2 Fortalecimento da atenção primária à saúde como estratégia para viabilizar a coordenação dos cuidados

A atenção primária à saúde vem se desenvolvendo com destaque no SUS, junto ao processo de descentralização e a partir de programas inovadores. A APS tem como objetivo oferecer acesso universal e abrangente, bem como coordenar e expandir a atenção prestada para níveis mais complexos de cuidado, além de implementar ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças. A partir de dois programas principais (PACS e PSF), a ESF foi impulsionada pelo governo federal para ser a principal estratégia de estruturação da atenção primária dos sistemas locais de saúde, desde 1998 (PAIM *et al.*, 2011).

Com o *status* de política federal, a atenção primária à saúde gradualmente foi se tornando central para a reorganização do SUS e importante para a agenda federal, embora tenha permanecido demasiado tempo “distante das prescrições do SUS” (FACCHINI *et al.*, 2006). No que se refere à expansão quantitativa dos postos e centros de saúde, a APS

aumentou significativamente sua estrutura física, como mostra a Figura 2, extraída da Revista The Lancet.

Figura 2 - Tipos de serviços de saúde no Brasil, 1970–2010



Fonte: PAIM *et al.* (2011, p. 27).

Evidências científicas vêm mostrando que os melhores exemplos de sistemas de saúde são os que têm uma APS qualificada e fortalecida, sendo ainda orientadora das ações e serviços disponíveis nesses sistemas, que oferecem, assim, alcance de maior equidade e melhor eficiência na continuidade da atenção e satisfação dos usuários (ANDRADE *et al.*, 2012; KRINGOS *et al.*, 2006; MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003; MENDES, 2012; STARFIELD 2002).

Hofmarcher, Oxley e Rusticelli (2007), ao estudar os países da OECD, afirmaram que as medidas pró-coordenação objetivam fortalecer as estruturas da APS, ao mesmo tempo em que são favorecidas pelas ações e estratégias que tornem a atenção primária mais robusta, mediante o fortalecimento dos seus atributos, cujo alcance pode constituir parâmetro para avaliar a robustez da APS de um determinado sistema de saúde, conforme consenso presente na literatura nacional e internacional.

Almeida (2010), em estudo sobre as estratégias de coordenação dos cuidados em grandes centros urbanos, utilizou dois eixos como base: o “fortalecimento da Atenção Primária à Saúde” e “integração entre níveis assistenciais”, e partiu de duas premissas:

somente uma APS fortalecida em seus atributos essenciais poderia assumir a coordenação dos cuidados e que a integração da rede é um elemento necessário para alcançar melhor coordenação dos cuidados. Logo, admite-se que o fortalecimento da APS é essencial para viabilizar a coordenação dos cuidados pela APS em um sistema de saúde.

Os gestores federais da APS mantiveram acordo quanto a esse tema, ressaltando que para a APS ser coordenadora dos cuidados é preciso primeiro funcionar adequadamente, atendendo algumas condições básicas, como cobertura universal e maior resolutividade da ESF. Ressaltam ainda que a estruturação da atenção primária brasileira se iniciou na década de 90, levando mais uma década para sua estruturação como política pública, além de só recentemente ter ultrapassado uma cobertura populacional superior a 50% de serviços de APS.

Um dos sujeitos afirmou que um dos principais objetivos do DAB era garantir que o modelo de atenção primária escolhido, a Estratégia Saúde da Família, fosse de fato o modelo brasileiro de APS, preocupação existente mesmo após a publicação da Política Nacional de Atenção Básica em 2006. Neste sentido, destaca-se a inclusão da ESF no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), responsável pela garantia de maior acesso e cobertura à APS, com o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, em que, em parceria com os estados e municípios, o governo federal vem investindo bastante em modernização e qualificação do atendimento à saúde para a população, viabilizando a construção de mais de três mil novas unidades básicas de saúde e reformando, ampliando e informatizando mais de 20 mil unidades básicas de saúde (BRASIL, 2012b).

O PAC é um plano do governo federal que visa à estimulação do crescimento da economia brasileira, por meio de investimento em obras de infraestrutura. Criado em 2007, no início do segundo mandato do Presidente Lula, para cumprir a promessa de enfatizar as políticas de desenvolvimento. O Ministério da Saúde formulou o “PAC-Saúde” e lançou, em dezembro de 2007, após um processo de planejamento coordenado pela Secretaria Executiva e com o apoio de consultoria externa, que mobilizou as demais áreas do ministério para a elaboração de medidas e metas objetivas e ainda incluindo a construção de um sistema de monitoramento (MACHADO; BAPTISTA; LIMA, 2010).

A partir dos resumos executivos do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do período em estudo, identificamos discussões realizadas no âmbito do PAC e registradas nos referidos resumos. Encontramos dois resumos, ambos apresentando o PAC na pauta das reuniões ordinárias e contando com a participação dos Ministros de Estado da Saúde, José

Agenor Álvares da Silva, na reunião de 13 e 14 de fevereiro de 2007, e José Gomes Temporão, nos dias 11 e 12 de julho do mesmo ano.

No mês de fevereiro, os conselheiros expressaram sua preocupação com o PAC, na intenção de possibilitar que os Ministérios da Saúde e do Meio Ambiente fossem consultados quanto ao processo de definição dos investimentos. Esta reunião teve como encaminhamento a apresentação da sugestão de pautar debate no CNS sobre o PAC, com vistas a evitar eventuais prejuízos à saúde.

Em julho, abordou-se o posicionamento do Ministério da Saúde em relação ao PAC, resultando em amplo debate pelos conselheiros, que decidiram constituir grupo para elaborar documento do CNS, no formato de deliberação, explicitando a posição do Conselho sobre o PAC, baseada no documento da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador - CIST/CNS (“Impacto do PAC sobre a saúde”) e nas contribuições dos conselheiros explicitadas durante reuniões, além de recomendar que o documento fosse considerado no debate do PAC.

O desfecho da utilização dos recursos do PAC na atenção primária ocorreu com a publicação da Portaria N° 837, de 23 de abril de 2009, que insere o Bloco de Investimentos na rede de serviços de saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do SUS. Com a instituição do Bloco de Investimentos foram lançadas outras portarias regulamentando o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família: o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, em 2009, e o respectivo Componente Reforma, em 2011, que posteriormente foi ampliado e, em 2013, redefinido também mediante portaria.

Esses incentivos foram citados pelos gestores como importante passo para a APS:

Havia e ainda permanece um esforço no DAB pela coordenação do cuidado pela APS. A preocupação sempre foi garantir acesso/cobertura de APS com um mínimo de qualidade, alcançando inclusão da ESF no Programa de Aceleração do Crescimento no final de 2010 (H).

[...] teve uma grande ação que foi feita em 2009 e 2010, que foi o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde que colocou mais de 2 bilhões de reais na época pra construção de 2.400 Unidades Básicas de Saúde, então teve esse lançamento que foi fora do PAB, mas foi ação do departamento (I).

A APS, como estrutura fundamental do sistema de saúde brasileiro, está assegurada pelo Art. 2º da Lei nº 8.080/1990, onde está expresso que “a saúde é um direito

fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”, assim como esse direito está garantido pela Constituição Federal de 1988 como um direito social. Neste sentido, a saúde é gerida nacionalmente pelos três entes federados, cabendo ao Ministério da Saúde representar a União, que, por meio do Departamento de Atenção Básica, deve induzir o desenvolvimento da APS.

Segundo Castro (2009), o Ministério da Saúde fez do Programa Saúde da Família uma política governamental prioritária no período de 1998 e 2002, pois o PSF representa a estratégia escolhida para expandir e reorganizar a APS no país. A autora concluiu que no período de 2003 a 2008 “a atenção primária à saúde ocupou lugar de destaque na agenda de prioridades do Ministério da Saúde no governo Lula”, quando expressou em dois documentos oficiais: o Plano Plurianual (PPA) – saúde, que efetivou a APS como porta de entrada do SUS, e o Plano de Metas 2003, em consonância com o PPA, que anunciou o PSF em primeiro lugar, na sua meta 1 - a melhoria do acesso, da qualidade e da humanização da atenção à saúde. Essa prioridade anunciada pelo Ministro da Saúde em 2003 seguiu-se de maiores investimentos na atenção primária e no PSF, tendo o ministro afirmado ainda que a perspectiva para o programa seria de maior flexibilidade para atender diferentes realidades locais.

Os gestores federais da atenção primária do período de 2007 a 2011 mantiveram acordo em afirmar que o DAB direcionou esforços na perspectiva do desenvolvimento da APS, ao buscar a ampliação do PSF para todo o Brasil bem como maiores fontes de financiamento para a atenção primária. Um dos sujeitos entrevistados suscitou ainda que a APS foi priorizada na gestão dos dois ministros da saúde anteriores, José Agenor Álvares da Silva (2006 e 2007) e José Gomes Temporão (2007 a 2010), o que se intensificou na gestão do Ministro Alexandre Padilha (2011 - atualmente), com incremento dos investimentos na atenção primária e com maior coesão interna no governo, como se pode observar abaixo:

[...] a Presidenta Dilma, ao colocar o Ministro Padilha [...] foi uma sinalização muito forte de um peso diferente no Ministério da Saúde e uma condição de fazer [...], uma liberdade pro Ministro Padilha também compor uma equipe [...] muito consistente, com pouquíssima necessidade, mínimas necessidades de negociação [...] isso fez com que a gente conseguisse várias das coisas que há muito tempo se discute, [...] é um grupo muito coeso [...] ele consegue planejar essas ações, [...] desde o início do governo é esse planejamento... no caso do ministério anterior, essas arenas decisórias elas [...] eram mais de expressão de várias forças políticas, que são as forças políticas de um governo de coalizão. No caso do Ministério da Saúde do Ministro Padilha, o ministério ele é mais de expressão da... do projeto de governo da Presidenta da República... (F).

Podemos concluir que cada momento de construção da atenção primária à saúde brasileira, assim como é inato ao processo de desenvolvimento de toda a política de saúde, configura-se como “um processo composto de uma sequência de tomada de decisões com relação a como enfrentar um problema identificado como prioritário na agenda pública”. E sendo o SUS um espaço marcado pela ampla quantidade de arenas decisórias e instâncias de pactuação, podemos afirmar que a APS também abrange um ciclo que envolve etapas de elaboração, implantação e execução, do qual participam diversos atores, que compõem um círculo de relações de poder, expressos em espaços específicos denominados “arenas”, e que moldam o formato geral desta política (FLEURY; OUVÉRY, 2008).

Não poderíamos nos furtar ao conceito intrínseco à própria política de saúde, como uma “resposta (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações” e dos determinantes e relações que afetam a saúde humana e o ambiente. Assim como precisamos considerar que as políticas de saúde abrangem questões referentes ao poder em saúde, ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde, além de compreender as relações de poder na implantação de políticas em geral (PAIM; TEIXEIRA, 2006; FLEURY; OUVÉRY, 2008).

A APS, como política de saúde, é significativamente sensível às forças de coalizão típicas do nosso sistema presidencialista e federalista. Ademais, a construção da ESF, modelo estruturante da APS brasileira, foi consequência de um processo lento e contínuo de tensão com o modelo hegemônico de assistência à saúde, uma vez que visava superar a incapacidade do modelo hegemônico tecnicista, hospitalocêntrico e medicalocêntrico na intenção de responder efetivamente às demandas individuais e coletivas (ANDRADE *et al.*, 2012), sendo apontada por um dos gestores como sendo, portanto, contra-hegemônica no cenário da política de saúde.

Quanto à defesa da APS nas instâncias de pactuação, decisão e execução da política de saúde, seja no nível de governo, de ministério, de secretaria, de departamento ou mesmo de um esforço pessoal, os gestores federais apresentaram diferentes opiniões acerca da priorização da APS na agenda política federal:

[...] ela [a APS] é sempre contra-hegemônica... era um esforço pessoal muito grande, que se não existisse o esforço pessoal isso não era valorizado assim nas outras instâncias, nas outras secretarias... [no DAB havia] uma equipe que pegava junto, que defendia a saúde da família... e que passava por essas mesmas coisas [...], de contra-hegemonia, de quando menos se esperava saía uma portaria com uma coisa meio esdrúxula, que não considerava rede, equipe, atenção primária... (H).

[...] na questão do financiamento em si eu acho que ela [a APS] teve uma importância a nível do DAB, o DAB foi sempre quem lutou pelo financiamento pra atenção básica, a própria SAS não... não englobou essa luta pra melhoria do financiamento. [...] mas na questão de discurso, de fala eu acho que o ministro sempre foi um grande parceiro, sempre foi um grande defensor da atenção primária, a gente pode dizer que o ministério todo tava envolvido com a atenção primária... Pra fora do ministério não, a gente não teve uma grande defesa fora o ministério, então fora o ministério a nível de governo não tivemos (I).

[...] ela teve uma prioridade, o fato de ter uma mobilização política do gabinete do ministro pra publicar uma portaria que juntou mais na época, 30 e tantos quase 40 portarias pra criar uma Política Nacional de Atenção Básica, a publicação da PNAB foi feita [...] em dezembro de 2006 e eu acho que foi um avanço em cima de uma priorização... (G).

[...] tem uma priorização muito evidente em olhar nas políticas [...] estamos num momento e temos que aproveitar essa oportunidade, que é um momento de intensa priorização da atenção básica, pega o discurso do Ministro Padilha, quando ele vai receber os prefeitos, vai receber os secretários, metade do discurso dele é atenção básica (F).

Internamente ao Ministério da Saúde, foi citado pelos gestores o apoio ao DAB por parte da Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS), da Secretaria Executiva (SE) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Em relação à parceria dos Conselhos de Saúde, houve discordância quanto ao apoio na defesa pela APS:

O DAB contou com o CONASS, o CONASEMS e a SVS como parceiros. (I).

O CNS participou de tudo e tudo foi discutido em CIT, tudo que está sendo alcançado agora é desdobramento de discussões anteriores, é um amadurecimento. (F)

[...] o Conselho Nacional eu acho até que ele sempre teve assim altos e baixos nesse sentido [...] a gente tinha na verdade críticas ao Saúde da Família e não uma contribuição, uma defesa intransigente de que “nós queremos isso e só temos é que ter isso com qualidade”. Então, mas isso, obviamente, não é, não é linear, depende dos atores... (H).

Outra crítica identificada acerca do posicionamento de alguns atores do CNS foi quanto à listagem de profissionais que compunham a PNAB, discussão que se restringiu à questão de classe profissional com enfoque corporativo, em detrimento da qualidade do processo de construção da política, resultando em possível diminuição do potencial discursivo e decisivo do formato impresso na PNAB de 2006.

Por outro lado, o CONASS e o CONASEMS foram citados como grandes parceiros, influenciando inclusive no lançamento da PNAB, se considerar que em um tempo relativamente curto o Ministério da Saúde conseguiu revogar cerca de 40 portarias, provenientes de emendas feitas na Portaria MS/GM N.º 1.886/1996, que trouxe as normas de funcionamento do PSF e do PACS. Na opinião do gestor, este feito demarca uma priorização à APS por parte do Ministério da Saúde, pelo fato de diminuir a grande fragmentação

normativa que prevalecia até o lançamento da PNAB em 2006, em que havia sucessivamente a edição de emendas que, ao buscar adequação às novas realidades apresentadas e compor o processo de implementação da APS no Brasil, nem sempre seguiam uma única lógica, tal como propôs a PNAB, com seus princípios e diretrizes.

5.1.2.1 Condução ministerial da atenção primária à saúde mediante expedição de portarias nos anos 2007 a 2011

Nas instâncias normativas, mesmo após a publicação da PNAB, consideramos que o principal instrumento de coordenação das ações nacionais de saúde, principalmente a partir da década de 1990, tem sido a edição de portarias ministeriais (BAPTISTA, 2007). Realizamos busca no Saúde Legis das portarias editadas acerca da APS, a partir das palavras-chave: Atenção básica (173), Saúde da Família (567), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (29), PROESF (10), Atenção Primária à Saúde (11), Agente Comunitário de Saúde (133), Piso de Atenção Básica (23) e PMAQ (03). Obtivemos um total de 696 portarias assinadas e mais quatro outras normativas de duas modalidades menos utilizadas, a portaria conjunta e a consulta pública, para o período em estudo, de janeiro de 2007 a dezembro de 2011 (Quadro 3 e Quadro 5).

Quadro 5 – Normativas assinadas no âmbito federal acerca da atenção primária à saúde, 2007-2011

ANO	NORMA	QUANTIDADE	REVOGADAS	VIGENTES	ORIGEM
2007	1 COP 1 POC 88 PRT	90	6 PRT	84 NORMAS	67 GM 13 SAS 9 SE 1 SAS/SE
2008	117 PRT	117	8 PRT	109 PRT	73 GM 21 SE 19 SAS 3 SE/FNS 1 SVS
2009	187 PRT	187	2 PRT	185 PRT	150 GM 25 SE/FNS 8 SAS 3 SE 1 SVS
2010	1 POC 140 PRT	141	8 PRT	133 NORMAS	104 GM 20 SE/FNS 13 SAS 3 SVS 1 SGTES

ANO	NORMA	QUANTIDADE	REVOGADAS	VIGENTES	ORIGEM
2011	1 POC 164 PRT	165	3 PRT	162 NORMAS	151 GM 11 SAS 2 CNS 1 SE/FNS
TOTAL	1 COP 3 POC 696 PRT	700	27	673	545 GM 64 SAS 49 SE/FNS 33 SE 5 SVS 2 CNS 1 SAS/SE 1 SGTES
LEGENDA	POC (Portaria Conjunta); COP (Consulta Pública); PRT (Portaria); GM (Gabinete do Ministro); SAS (Secretaria de Atenção à Saúde); SE (Secretaria Executiva) / FNS (Fundo Nacional de Saúde); SVS (Secretaria de Vigilância à Saúde); CNS (Conselho Nacional de Saúde); SGTES (Secretaria de Gestão de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde).				

Fonte: Elaboração própria.

Em estudo realizado por Castro (2009), que analisou as portarias expedidas no período de janeiro de 2003 a junho de 2008 sobre APS, também foi identificada uma grande quantidade de portarias, um total de 608. A autora ressalta que na década de 90 houve ampliação do poder do Ministério da Saúde quanto à indução e regulação sobre estados e municípios mediante a edição de normas e portarias atreladas a mecanismos financeiros. Ela conclui que houve uma redução no papel de execução direta das ações e serviços de saúde pelo Ministério da Saúde e maior ênfase na regulação e na sua função de financiador de políticas e programas, ou seja, o financiamento manteve o padrão da década de 90 e permaneceram recursos vinculados a programas prioritários do ministério, que não podem ser utilizados para outras finalidades e são repassados à medida que os demais entes federados atendam às exigências impostas pelo gestor federal, desconsiderando as peculiaridades de cada município brasileiro.

Neste estudo, destacamos a vultosa quantidade de normativas e a esmagadora maioria do formato em portarias (Quadro 5). Também refletimos sobre a origem da edição destes instrumentos tão utilizados pelo Ministério da Saúde na condução da política de saúde, em que só o Gabinete do Ministro editou 77,86% (545 normativas) entre janeiro de 2007 e dezembro de 2011. Outra reflexão levantada é acerca do seu conteúdo, uma vez que todas guardam relação direta ou indireta com a APS brasileira nos anos de vigência do Pacto pela Saúde.

Assim, elaboramos o Quadro 6, sistematizando o conteúdo destas normativas em cinco eixos principais: i) Incentivos, Habilitações, Credenciamentos e Autorizações diretas

para incentivos financeiros; ii) Estritamente sobre operacionalização de planos, políticas e programas; iii) Suspensão direta de incentivos financeiros, por irregularidade em cadastro ou por avaliação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) ou do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) ou dos órgãos de controle externos ao SUS; iv) (Re) Definição, Estabelecimento, Instituição, Regulamentação, Alteração e Autorização de recursos financeiros; v) Alterações de portarias anteriores e designações de cargos no DAB/SAS.

Quadro 6 – Conteúdo das normativas assinadas no âmbito federal acerca da atenção primária à saúde, 2007-2011

CONTEÚDO DA NORMA	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
i) Incentivos, Habilitações, Credenciamentos e Autorizações diretas para incentivos financeiros	37	46	88	47	59	277
ii) Estritamente sobre operacionalização de planos, políticas e programas	26	35	47	45	28	181
iii) Suspensão direta de incentivos financeiros, por irregularidade em cadastro ou por avaliação da SES ou do DENASUS ou dos órgãos de controle externos ao SUS	18	20	32	23	59	152
iv) (Re) Definição, Estabelecimento, Instituição, Regulamentação, Alteração e Autorização de recursos financeiros	7	13	18	15	17	70
v) Alterações de portarias anteriores e designações de cargos no DAB/SAS	2	3	2	11	2	20
TOTAL	90	117	187	141	165	700

Fonte: Elaboração própria.

Conclui-se que a maioria das normativas se concentra no primeiro eixo, Incentivos, Habilitações, Credenciamentos e Autorizações diretas para incentivos financeiros, representando 39,57% das 700 normativas sobre APS para o período estudado. Além disso, o terceiro eixo, referente a suspensões financeiras no âmbito da APS, representou 21,71% das normativas para o período. Ambos os eixos somados resultaram na maioria das normativas (61,28%) lançadas pelo Ministério da Saúde, sem contar que o quarto eixo (com 10%) também se refere a mecanismos condicionadores de recursos financeiros, embora de forma indireta.

Esses dados revelam que o Ministério da Saúde adentrou pela terceira década (ano de 2011) imbuído do papel de importante financiador das políticas e programas no que diz respeito à atenção primária à saúde e, portanto, forte indutor do desenvolvimento da APS

brasileira. Logo, quase metade das portarias (pois somados o primeiro e o quarto eixos tem-se um total de 49,57%) destinam recursos financeiros referentes à APS dos municípios, estados e Distrito Federal, o que se pode considerar uma indução indireta da expansão e qualificação da APS com possíveis impactos na coordenação dos cuidados.

Quanto à evolução das normativas, percebemos constância na quantidade de normativas lançadas no período de 2007 a 2011, mas sublinhamos o terceiro eixo, acerca das suspensões financeiras no âmbito da APS, em que houve uma mudança quantitativa de uma média de 23 normativas de 2007 a 2010, para 59 em 2011. Esse dado pode mostrar uma maior fiscalização pelo Ministério da Saúde, pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pelos órgãos de controle externos, mas também um aumento do número de irregularidades na implementação da Política Nacional de Atenção Básica ou mesmo no preenchimento dos sistemas de informação, junto a um maior rigor na análise das informações contidas nas bases de dados do Ministério da Saúde.

Baseado nisso, construímos também o Quadro 7 na tentativa de compreender a origem dessas suspensões financeiras no que diz respeito à APS.

Quadro 7 – Sistemas e órgãos que identificaram irregularidades na execução da PNAB e efetuaram a suspensão de recursos para a atenção primária à saúde mediante portarias, 2007-2011

SISTEMA/ÓRGÃO	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)	4	12	15	12	16	59
Controladoria Geral da União (CGU)		4	7	2	22	35
Secretaria Estadual de Saúde (SES)		1	2	7	12	22
Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS)			6	2	3	11
Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)	9					9
Ministério da Saúde (Área Técnica)	5	3			1	9
Tribunal de Contas da União (TCU)					5	5
Ministério Público (MP)			2			2
TOTAL	18	20	32	23	59	152

Fonte: Elaboração própria.

A partir do conteúdo expresso nas portarias classificadas no terceiro eixo, identificamos os principais motivos para suspensão direta de incentivos financeiros na APS. No que se refere às bases de dados SCNES e SIAB, a principal causa era referente ao número de equipes de saúde da família, equipes de saúde bucal e, ou de agentes comunitários de saúde nos municípios com irregularidade no cadastro de profissionais. No caso do Ministério da Saúde (área técnica), a suspensão tinha como causa a desativação de equipe de saúde família ou de saúde bucal no município, havendo suspensão também de equipe NASF por não ter alcançado metas físico-financeiras do estado. Quanto a SES, DENASUS, CGU, TCU e MP, as questões ficaram circunscritas à irregularidade na carga horária das equipes (geralmente do profissional médico, mas também muito do odontólogo e raramente do enfermeiro, apenas uma suspensão de recursos por ausência do enfermeiro) ou por composição incompleta das equipes, sendo que em 2011, todos esses motivos recaíram sobre a parte Variável do Piso de Atenção Básica. Destacamos ainda que algumas irregularidades foram identificadas pela CGU e constatadas em supervisões realizadas pela SES (considerado no Quadro 7 como CGU).

De antemão, reconhecemos a imprecisão desse dado, haja vista que algumas irregularidades identificadas como simples falha nos cadastros podem não ser apenas um problema ou desatualização no registro de informações, mas sim um problema da própria realidade local, com equipes em funcionamento irregular, como por exemplo, a falta de algum profissional que deveria compor a equipe mínima, mesmo temporariamente.

Baptista (2007) destaca que “a discussão das normas possibilitou na última década um amadurecimento dos gestores dos três níveis de governo sobre os problemas e desafios a serem enfrentados na construção do SUS”. Ressalta a edição de muitas portarias como um entrave, pois nesse processo criam-se novas regras que alteram o que havia sido estabelecido após ampla discussão e pactuação, sem uma nova rodada de discussão com os segmentos interessados, situação que prejudica o processo decisório no SUS.

5.1.2.2 Relevância da participação social no fortalecimento da APS

A participação social tem relevância significativa na condução de políticas públicas. Pode-se afirmar que baseado em uma nova “ordem” ético-política criou-se uma ampliação da relação entre Estado e sociedade, que se efetiva com a participação social no

processo de governabilidade e no planejamento de questões de interesse público (AMANTINO-DE-ANDRADE; ARENHART, 2005).

Em suas diretrizes, o SUS afirma a importância da atuação da sociedade civil na formulação e fiscalização das políticas públicas, assim como o papel de controle da oferta e da distribuição de serviços, empoderando o controle social com estratégias “democráticas capazes de promover a ruptura com a tradição centralizadora do Estado brasileiro” (COELHO; JORGE; GUIMARÃES, 2009).

A participação social no SUS se expressa principalmente por meio do controle social, cujos mecanismos estratégicos são as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. Os Conselhos de Saúde são espaços deliberativos da máquina político-institucional do SUS, funcionando como um instrumento privilegiado para validar os direitos dos cidadãos e romper com as tradicionais formas de gestão, possibilitando a ampliação dos espaços de decisão e ação do poder público (KRUGER, 2000).

O controle social é colocado como princípio proposto para os sistemas baseados em APS, junto à acessibilidade, resolubilidade, hierarquização e descentralização, assim como figura como um dos componentes que caracterizam um sistema de saúde baseado em APS, que, por sua vez, são semelhantes aos componentes que caracterizam a organização da ESF (ANDRADE *et al.*, 2012).

Os gestores federais da APS brasileira apontaram que a participação social, especialmente mediante os Conselhos de Saúde, tem na APS um “locus” privilegiado de atuação no sistema de saúde. Ressaltou-se inclusive que o Brasil possui um modelo de sistema de saúde superior a outros países quanto a esse quesito e que a ESF tem maior potencial para estimular uma participação social mais efetiva do que os modelos de APS tradicionais.

Os Conselhos de Saúde se configuram como arenas decisivas para aspectos importantes da política de saúde, pois eles são espaços capazes de avaliar os serviços apontando suas deficiências e potencialidades visando à sua reorganização e maior resolutividade desses serviços. Desse modo, a estruturação dos serviços de saúde precisa ser orientada pelas propostas apresentadas pela comunidade (COELHO; JORGE; GUIMARÃES, 2009). A coordenação do cuidado se insere nesse contexto, se considerarmos que a estruturação da mesma requer intervenção em diversos pontos do sistema de saúde e a mudança em cada ponto interfere na qualidade do atendimento à população. O sujeito F

exemplifica como a população pode impulsionar a coordenação do cuidado pela APS, com auxílio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ):

[...] o PMAQ induz, por exemplo, que tenha conselho local de saúde nas unidades, induz que tenha caixinha de sugestão, induz que você tenha mecanismo de escutar a população. [...] parte da avaliação é dada pela avaliação dos usuários, então nós entrevistamos 67 mil usuários, [...] se ele consegue os exames que ele foi prescrito ou não, se ele acha que foi bem atendido, quanto tempo demorou, como é que ele fez pra marcar consulta, se ele teve que fazer tal coisa ou não teve, se quando ele voltou do especialista o médico perguntou pra ele o que foi feito lá [...] são tudo elementos que mostram coordenação do cuidado, então a população tem muita condição de discutir sobre isso, por isso que mostrar pra população como é o melhor desenho, o PMAQ vai fazer isso também, e tem município que tá fazendo lei, onde o PMAQ ele necessariamente precisa ser discutido com os conselhos etc. (F).

A política do PMAQ tem o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, garantindo um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente que permita maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à APS. O PMAQ é composto por quatro fases distintas (adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização), sendo na terceira fase o espaço de participação social, com avaliação da satisfação do usuário, junto à avaliação da rede local de saúde pelas equipes da atenção básica e ao estudo de base populacional sobre aspectos do acesso, utilização e qualidade da atenção básica (BRASIL, 2011b).

Martins *et al.* (2008) ressaltam, entretanto, que são muitas as evidências científicas que mostram que a simples existência formal de espaços de controle social não garante a participação política da sociedade, haja vista que os “Conselhos de Saúde, em maior ou menor grau, apresentam uma série de problemas que compromete sua eficácia” (GUIZARDI *et al.*, 2004; LABRA, 2002 e 2005).

Entre outras questões problemáticas no funcionamento dos Conselhos de Saúde, tais como composição, representação e representatividade do conselho, ingerências políticas na escolha de conselheiros, destacamos o fato de eles ainda serem pouco divulgados à comunidade, que muitas vezes desconhece seus objetivos, funções e a formas de atuação, resultando em baixa adesão da comunidade nos processos decisórios locais (LABRA, 2005).

A baixa divulgação da Estratégia Saúde da Família, tal como acontece com os Conselhos de Saúde, também é um fator que enfraquece a atuação social no SUS, configurando-se, por conseguinte, como importante barreira para o fortalecimento da APS no Brasil, que, pelo seu contingente populacional, deveria contar com significativa força popular.

Os sujeitos entrevistados afirmam que a população defende e direciona seus esforços para ações e serviços conhecidos e experimentados:

Então a população [...] defende o que ela conhece. Então a gente não consegue que a população que não tem a Saúde da Família raras vezes a população vai se mobilizar pra ter, a gente consegue que ela se mobilize pra não perder [...] como é o caso do Rio, [...] quando começou essa expansão do Saúde da Família em 2009 o maior pedido que tinha na Câmara de Vereadores [...] é uma questão do orçamento cidadão, tem uma parte do orçamento do município que é decidido pelos munícipes através dos vereadores [...] então o maior pedido até 2009 e 2010 era asfalto, [...] a partir de 2010 com a expansão do Saúde da Família e com a questão das clínicas, o maior pedido de 2011 em diante tem sido Clínica da Família (I).

[...] na ponta, assim, no nível local, depois que as pessoas têm, conhecem o serviços e têm a oferta aí elas passam a ser defensoras (H).

É importante considerar a efetividade da participação social na organização do SUS. Inclui processo de articulação entre atores sociais com distintos olhares acerca da realidade, havendo, portanto, diversos interesses que nem sempre convergem ou são harmônicos. Nesse aspecto estão presentes disputas de poder, conflitos e negociação, ainda que os processos de discussão objetivem o consenso em defesa dos princípios e diretrizes de um sistema de saúde público resolutivo e que preserve a equidade (ASSIS; VILLA, 2003).

Assim como as autoras Almeida, Fausto e Giovanella (2011), que também realizaram estudo sobre o fortalecimento da APS, tomando por base quatro grandes centros urbanos com experiências consolidadas de implantação da ESF, nosso estudo conclui que o apoio e a legitimidade para a APS é um campo a ser explorado. Necessita, portanto, de iniciativas sistematizadas para divulgação e promoção da ESF entre a população, além da construção de uma sólida base de apoio ao sistema público de saúde.

5.1.3 Financiamento federal da atenção primária brasileira durante o Pacto pela Saúde e o desafio de estimular a coordenação dos cuidados pela APS

O financiamento federal da atenção primária chegou à fase do Pacto pela Saúde, em 2006, após um período de quase dez anos de amadurecimento, se consideramos que esse financiamento se configurou de forma sistemática a partir de 1998, quando se efetivaram os pressupostos da NOB/96, que criou o Piso de Atenção Básica (PAB) e engendrou a efetiva descentralização das ações da APS brasileira.

A NOB/96 iniciou o processo de dissociação do faturamento dos serviços de saúde do seu financiamento. Até então o Ministério da Saúde remunerava os serviços de atenção básica, prestados por estados e municípios, tendo por base a tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), tal como no setor privado (BRASIL, 2011c). Assim, os municípios de menor porte e/ou mais pobres deixavam de prestar assistência básica à saúde, pois não dispunham de capacidade instalada e/ou recursos próprios para produzirem serviços de acordo com as necessidades da população local (COSTA; CHORNY, 2002; MELAMED; COSTA, 2003).

A implantação do PAB trouxe o repasse federal feito diretamente aos municípios, mediante transferência regular e automática com base em um valor *per capita* repassado de forma direta aos Fundos de Saúde dos municípios habilitados (BRASIL, 2011c). Em tese, a transformação proposta pelo conjunto de orientações nacionais à época objetivava: criar estímulos à coparticipação de estados e municípios na ampliação da capacidade instalada e no emprego de recursos humanos; alcançar uma maior homogeneidade em nível nacional com ampliação de ações e procedimentos de APS; construir um sistema nacional de informações fornecidas diretamente pelos gestores municipais, com maior qualidade e que permitissem uma avaliação segura dos novos programas; e promover mudanças nos indicadores de saúde para o conjunto do país (MELAMED; COSTA, 2003).

As Normas Operacionais Básicas foram substituídas pelas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), em 2001 e 2002, que, na prática, não inovaram no que diz respeito aos mecanismos e critérios para transferência de recursos, detendo-se especialmente em buscar uma nova proposta para a regionalização das redes de serviços e mecanismos mais concretos para a regulação do acesso mediante a implantação de complexos reguladores (BRASIL, 2011c).

Castro e Machado (2010) destacam que embora houvesse um esforço para reajustar importantes incentivos, o PAB fixo ficou sem alteração desde a sua implantação até 2003. Segundo Solla *et al.* (2007), a partir de 2003 o Ministério da Saúde estabeleceu uma estratégia de correção progressiva do PAB fixo que teve seu valor mínimo aumentado, saindo de R\$ 10,00 para R\$ 13,00, com metas de R\$ 15,00 para o 2º semestre de 2005 e de R\$ 18,00 para o segundo semestre de 2006. Ademais, a correção da base populacional para cálculo do PAB fixo passou a ser feita anualmente.

Um dos entrevistados destaca o aumento no valor mínimo do PAB fixo como uma forma de priorização da APS:

[...] a grande questão de olhar a prioridade da atenção básica passa pelo orçamento, [...] o PAB naquela época subiu de 10, foi pra 12, depois foi pra 15, no Ministro Temporão saiu de 15 pra 18... (F).

Já em 2006, o financiamento do SUS teve como pano de fundo o Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS nº 399/2006), compondo o Pacto pela Vida junto ao Pacto em Defesa do SUS e ao Pacto de Gestão. Para essa nova modalidade de gestão, foi publicada em 29 de janeiro de 2007 a Portaria GM/MS nº 204, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, com o respectivo monitoramento e controle. Esses recursos federais passaram a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento, sendo inicialmente cinco blocos: I. Atenção Básica; II. Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; III. Vigilância em Saúde; IV. Assistência Farmacêutica; e V. Gestão do SUS. Posteriormente, em 2009, somaram mais um sexto bloco, o de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

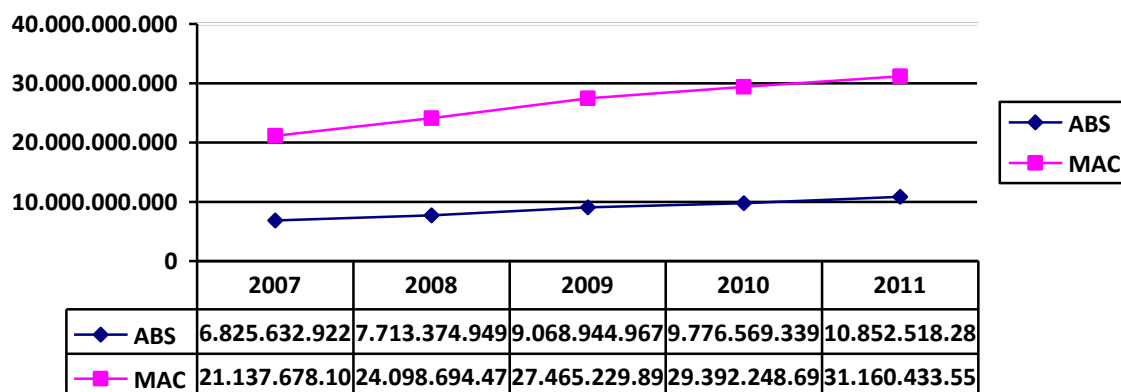
Esta portaria respaldou financeiramente a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006, também publicada por meio de portaria, evidenciando a continuidade da utilização pelo Ministério da Saúde desse instrumento normativo. A partir de então, o PAB fixo e o PAB variável passaram a compor o Bloco de Atenção Básica. O PAB variável englobou recursos financeiros destinados à realização de estratégias no âmbito da APS, tais como: Saúde da Família; Agentes Comunitários de Saúde; Saúde Bucal; Compensação de Especificidades Regionais (CER); Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas; Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário; Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória; e outros instituídos por meio de ato normativo específico, quais sejam:

- a. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF);
- b. Inclusão do microscopista na APS;
- c. Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- d. Programa de Saúde na Escola (PSE).

Durante os anos de 2007 e 2011 o valor repassado pelo Bloco de Atenção Básica teve um crescimento significativo, como se pode observar no Gráfico 1, onde constam os valores (em reais) repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Ainda neste gráfico, dispomos também os valores referentes aos recursos de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

(MAC), que historicamente recebem as maiores parcelas do orçamento do SUS. Neste gráfico, podemos visualizar a ênfase no distanciamento entre as curvas que representam os valores repassados para os Blocos de Atenção Básica e de MAC, tal como acontecia antes da criação dos blocos de financiamento.

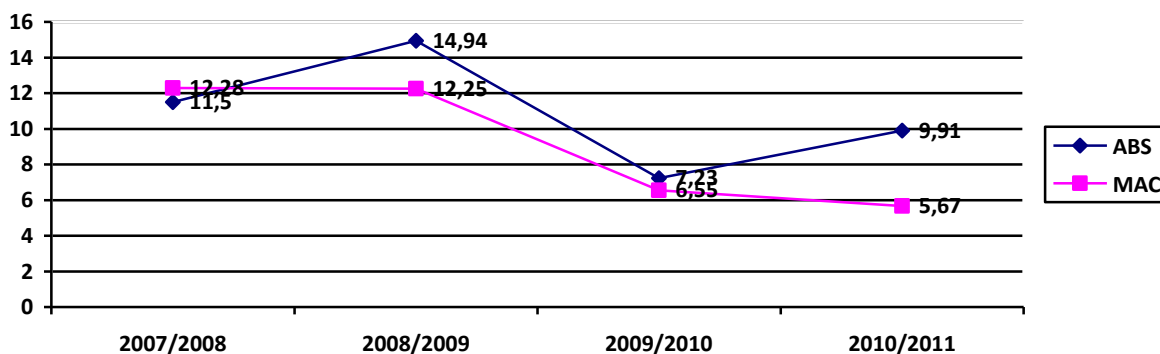
Gráfico 1 – Recursos de Atenção Básica e de Atenção de Média e Alta Complexidade, 2007 a 2011



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica, Gestão e Financiamento, do DATASUS, Ministério da Saúde.

Apesar de permanecer a discrepância entre os valores repassados para o Bloco de Atenção Básica e o de MAC, notamos, no Gráfico 2, que houve aumento percentual de recursos para cada um destes blocos entre os anos 2007 e 2011. Destacamos que no ano de 2011 houve um aumento no Bloco de ABS equivalente a 9,91%, ao passo que o Bloco de MAC aumentou apenas 5,67%, representando o menor aumento percentual desde 2007.

Gráfico 2 - Distribuição do aumento percentual anual de recursos destinados aos Blocos de Financiamento de Atenção Básica e de Atenção de Média e Alta Complexidade, 2007 a 2011

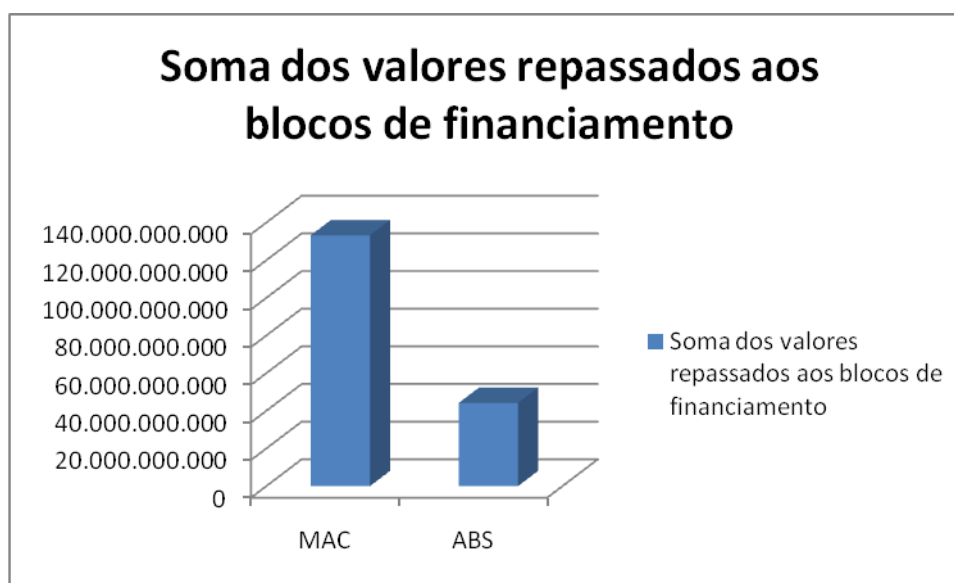


Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica, Gestão e Financiamento, do DATASUS, Ministério da Saúde.

Esse dado contrasta, em parte, com o resultado encontrado por Castro e Machado (2010) sobre o período de 1998 a 2006, em que a ABS manteve um padrão de progressivo incremento entre 1998 e 2001 e de 2003 a 2006, enquanto as transferências de recursos para MAC apresentaram oscilações ao longo dos anos, com valores *per capita* muito superiores em todo o período, e crescimento bem ascendente entre 2002 e 2004, acentuando a distância entre o financiamento de ABS e de MAC.

Assim, podemos concluir que para o financiamento entre os anos 2007 e 2011, os recursos de ABS e de MAC tiveram progressivo padrão de incremento nos cinco anos do estudo, embora esse incremento tenha diminuído para quase metade nos últimos dois anos, no caso da atenção básica, porém, de forma mais acentuada no caso da MAC. Essa pequena vantagem da ABS em relação aos recursos MAC não impediu, todavia, que as curvas entre os recursos de ABS e de MAC se mantivessem distantes, fato que observamos com mais clareza no Gráfico 3, em que fica evidente a discrepância no montante final dos recursos repassados para esses dois blocos de financiamento ao fim de cinco anos.

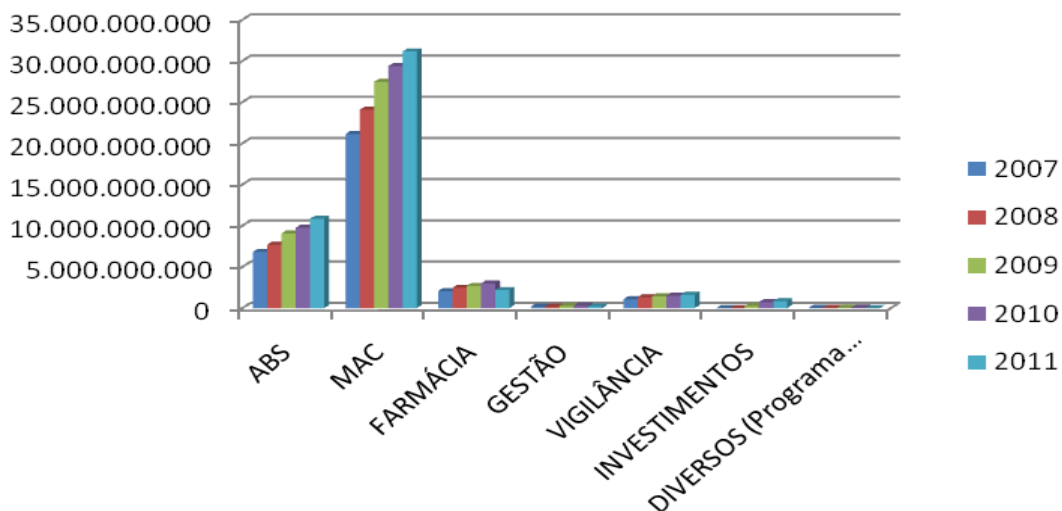
Gráfico 3 - Montante de Recursos de Atenção Básica e de Atenção de Média e Alta Complexidade ao final de cinco anos, 2007 a 2011



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica, Gestão e Financiamento, do DATASUS, Ministério da Saúde.

Essa diferença não se restringe apenas aos dois blocos analisados, ABS e MAC, haja vista que o financiamento repassado para os demais blocos também é bastante inferior em comparação ao valor transferido para o Bloco de MAC, como observamos no Gráfico 4.

Gráfico 4 – Recursos referentes aos cinco blocos de financiamento do SUS, 2007 a 2011



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica, Gestão e Financiamento, do DATASUS, Ministério da Saúde.

Nota: As transferências relativas a “Diversos” são repasses feitos por fora dos blocos, referentes ao Programa Farmácia Popular do Brasil e seus respectivos incentivos (durante os anos 2007 a 2010).

Sobre esta nítida diferença - justificada principalmente por ser na média e alta complexidade onde funcionam as tecnologias duras e, portanto, os procedimentos mais onerosos para o sistema de saúde -, alguns entrevistados criticaram a extrema priorização dos recursos para MAC em detrimento da APS, outros, enfatizaram a forma como os recursos de MAC são geridos:

O financeiro é um problema, porque embora tenha tido um ganho significativo para a APS, a indução financeira foi aquém do que se esperava e o crescimento da atenção especializada continuou maior do que o da APS, apesar do esforço do DAB em buscar investimento pra APS (I).

Alguns aumentos de orçamentos [para APS], mas não houve uma priorização (G).

A grande falha é que a proposta de discutir e mudar a lógica dos recursos da MAC visando às necessidades da população adscrita no contexto da rede nunca foi colocada em prática (H).

Havia todo um discurso de necessidade de investimento de média complexidade, que não adiantava só crescer a ABS sem ter rede de apoio e é claro que isso canaliza recursos (G).

A forma como são geridos os recursos de MAC, também denominada atenção especializada, bem como a sua insuficiente oferta estão entre os principais desafios a serem trabalhados na busca de alcançar a coordenação dos cuidados pela APS (ALMEIDA, 2010). A atenção especializada, assim como a APS, também admite graus variáveis de dificuldades de acesso, situação presente em todos os municípios, onde alguns tipos de consultas

especializadas e ou procedimentos diagnósticos/terapêuticos são demasiadamente demorados, ocasionando listas de espera excessivas para algumas condições (OPAS, 2011a).

Um dos entrevistados aborda a questão da coordenação dos cuidados no âmbito do Ministério da Saúde, afirmando que o financiamento da APS tem um modelo estruturado com base populacional e territorial, o que não ocorre com o financiamento da atenção especializada, a qual permanece sendo orientada por produção de serviços tabelados pelo SUS.

[...] nós já tínhamos no nosso modelo, território definido e população definida pelas equipes, parte do nosso modelo de atenção primária é isso [...] nunca conseguimos avançar pra rede de atenção, seja um município, uma região de saúde, uma metropolitana o que fosse, que a atenção especializada também tivesse uma população definida, e isso a gente não avançou, o financiamento da atenção especializada continua sendo por produção, por tabela etc., e isso de certa forma impede a coordenação do cuidado... (H).

Desde a criação do PAB o financiamento da APS deixou de utilizar a tabela de procedimentos do SIA/SUS, passando a utilizar valores *per capita*. E desde o lançamento da Política Nacional de Atenção Básica de 2006 o valor mínimo do PAB passou a ser atualizado anualmente, tendo início com a Portaria nº 1.696, de 17 de julho de 2007, que atualizou os valores do PAB para municípios e Distrito Federal para o ano de 2006, constante da resolução nº 2, de 28 de agosto de 2006, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), acrescida do quantitativo de população assentada entre os anos 2000 e 2005.

No que diz respeito à mudança do financiamento de determinados procedimentos do Bloco de MAC para o Bloco de ABS, resgatamos inicialmente a Portaria GM/MS nº 2.848, de 06 de novembro de 2007, que publicou a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do SUS, após o lançamento de duas outras portarias, uma visando instituir esta tabela e outra estabelecendo sua implantação a partir da competência janeiro de 2008. Nesta portaria, encontramos a origem do cálculo para financiamento dos procedimentos do SUS, pois a mesma expressa que previamente foi realizado estudo do impacto financeiro para implantação da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, tendo por base a *produção ambulatorial e hospitalar*, do período de julho de 2006 a junho de 2007, disponível no Banco de Dados Nacional (fonte DATASUS/SE/MS). Ademais, no primeiro semestre de 2007, o Ministério da Saúde realizou um processo de capacitação e videoconferências com todos os estados, contando com a participação de municípios e do Distrito Federal, para implantação da referida tabela.

Assim, com participação dos três entes federados e sob condução federal do processo de criação da tabela de procedimentos do SUS, importamos o “DNA” ambulatorial e hospitalar e com ele a lógica de pensar e compreender a estrutura financeira do SUS, cujo financiamento ainda se configura em sua grande parte estratificado por procedimentos e atendendo a esta tabela, o que nos faz levantar a hipótese de haver também aqui um importante gargalo para a coordenação dos cuidados no interior do nosso sistema de saúde.

Com a Portaria nº 315, de 18 de setembro de 2009, a Secretária de Atenção à Saúde, considerando a Portaria nº 2.848/2007, “importou” os seguintes procedimentos do Bloco de MAC para o Bloco de ABS: Coleta de Material para Exame Citopatológico de Colo Uterino; Coleta de Sangue para Triagem Neonatal; Adesão a Assistência Pré-Natal - Incentivo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (Componente I); e Conclusão da Assistência Pré-Natal (Incentivo). Sendo este um exemplo que corrobora nosso pensamento anterior.

Sobre a coordenação dos cuidados pela APS, o Entrevistado “F” afirmou que “não dá pra dizer que tem um incentivo específico para fortalecer a coordenação do cuidado” e faz sugestões do que poderia ser feito neste sentido, como atrelar apoio diagnóstico e terapêutico à PNAB, de forma que impulsionasse financeiramente o funcionamento de dispositivos de coordenação dos cuidados no âmbito da APS.

[...] teria que fazer movimentos de parte daquilo, que é apoio diagnóstico e terapêutico à atenção básica fosse articulado à Política de Atenção Básica, aí a gente pode tá falando de ter uma indução financeira específica pra isso ou eu fazer uma indução financeira pra que alguns dispositivos de coordenação do cuidado comecem a ser implantados na atenção básica (F).

Para a possibilidade concreta dessa sugestão, seria necessário aumentar o financiamento do Bloco de Atenção Básica, além de repensar a estrutura da APS e como fazer essas alterações sem ferir seus princípios e diretrizes. Ressaltamos que os recursos para a APS ainda se mostraram insuficientes e sobremaneira inferiores aos recursos do Bloco de Média e Alta Complexidade (Gráficos 1 e 3), mesmo com os incentivos para o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma no ano de 2011, mediante o Bloco de Investimentos, e com os quase 40% das 700 normativas sobre APS analisadas neste estudo (Quadro 6) regulamentando incentivos, habilitações, credenciamentos e autorizações diretas para incentivos financeiros para estados, Distrito Federal e municípios.

Outra questão abordada durante as entrevistas diz respeito à possibilidade de haver a criação da Secretaria de Atenção Básica dentro do Ministério da Saúde, em substituição à atual estrutura de Departamento de Atenção Básica, que, por vezes, concorre com os demais departamentos da SAS/MS por financiamento. Uma vez que o DAB passasse a ser uma secretaria, estaria ligado diretamente ao Gabinete do Ministro, assim como a SAS está ligada atualmente (Quadro 4), tendo, portanto, ampliadas as chances de a APS ter maior apreciação em suas ações e prioridades e, conseqüentemente, alcançar um aumento quantitativo no seu financiamento.

O sujeito entrevistado acredita que a separação das secretarias e, por conseguinte, do financiamento seria algo positivo para a APS, não recaindo em maior fragmentação devido ao fato de o financiamento da APS utilizar recurso *per capita*, ao passo que os demais recursos da política assistencial ocorrem por tabela de produção. Como isso não aconteceu, o Entrevistado “H” destacou a “impossibilidade de avaliar como seria a separação dos recursos da APS da Atenção Especializada porque a criação da Secretaria de APS não aconteceu”, mas defende seu ponto de vista argumentando que os esforços para aumentar o financiamento da APS sofrem os reveses de lutar por incentivos *per capita*, ficando em desvantagem em comparação aos incentivos ofertados à tabela de procedimentos do SUS.

[...] então para cada pequeno incentivo [...], mesmo que fosse no recurso do incentivo dos agentes comunitários, que tinha um impacto de bilhões, [...] pelo quantitativo que tinha no país, só que às vezes uma política da SAS de mexer num procedimento dentro da tabela, tinha um impacto muito maior do que todo esse nosso esforço e isso continua, é só olhar a evolução dos incentivos financeiros da SAS, a gente sempre aumentou os recursos da atenção básica desde que criou uma estrutura... (H).

Entre os problemas ocasionados com o privilégio dos recursos para a média e alta complexidade, destaca-se a tendência à iniquidade financeira atrelada a este mecanismo, que favorece regiões do país economicamente mais desenvolvidas. Mesmo com a Compensação de Especificidades Regionais mediante o PAB variável e com o emprego, a partir de 2004, de “indicadores de condições sociais como critério para diferenciar os repasses federais aos municípios” (SOLLA *et al.*, 2007), ainda se faz necessário o combate às marcantes desigualdades regionais, o que implica em “maior aporte de recursos e transformações mais substantivas no financiamento federal da saúde” (CASTRO; MACHADO, 2010).

A publicidade do SUS se mostra como uma pendência da Reforma Sanitária, abrindo espaço para uma universalização que “ainda não se concluiu, já que ainda não consegue atender a todos qualitativamente” (ANDRADE; SALLES DIAS FILHO, 2009, p.

164). Guardamos essa pendência desde antes mesmo da Constituição Federal do Brasil de 1988, que não garantiu total publicidade à saúde, embora tenha designado que a assistência à saúde é direito social, permitindo o paralelismo de sistemas público e privado. Além disso, o Estado brasileiro patrocinou os planos de saúde por meio do padrão de financiamento público (com isenções fiscais) desde 1968 (OCKÉ-REIS, 2012).

Um dos sujeitos entrevistados levantou a questão da árdua defesa pela qualidade do SUS e da APS nas instâncias políticas, alegando sério risco da proximidade do governo brasileiro com a Saúde Suplementar e o temor de o Brasil incorrer num potencial risco “de ter uma saúde da família pobre para pobre”, que é um modelo de APS duramente criticado no SUS e evitado enquanto processo de construção da APS brasileira, mas que diante das exigências da ascendente classe média e da, ainda, insuficiente qualidade e quantidade das equipes de APS pode despontar como característica relevante no nosso sistema.

Isso nos faz concluir que neste momento, mais do que nunca, precisamos resgatar as “promessas” para o SUS, que desde a sua constituição vem permeado por conflitos, iniciando com o desmonte do Orçamento da Seguridade Social entre a Previdência, a Saúde e a Assistência Social, que deveriam ter garantidos todos os recursos da Seguridade Social, conforme definido pelos constituintes, assim como foi garantido que não haveria vinculação das fontes aos diferentes ramos, o que tem sido desrespeitado sistematicamente, entre os anos 1989 a 2005 (MENDES; MARQUES, 2012, p. 267). Ademais, “os 30% indicados nas disposições transitórias da Constituição foram derrubados, anunciando longa crise crônica de financiamento do SUS” (MARQUES; MENDES, 1999).

A busca da vinculação de recursos para o setor saúde é uma situação que vem sendo tensionada por meio das muitas propostas de emenda constitucional construídas na década de 90 (OCKÉ-REIS, 2012), tendo como importante desfecho a proposta da Emenda Constitucional 29, que levou sete anos em debate e foi aprovada somente em agosto do ano 2000 (MENDES; MARQUES, 2012, p. 271). Entretanto, a situação de incerteza e indefinição dos recursos financeiros para o SUS ainda permanece devido ao descumprimento dos recursos da União e até mesmo de grande parte dos estados, acentuando o quadro de subfinanciamento da saúde e prejudicando o princípio da universalidade da atenção. Esse fato requer maior priorização do governo federal para o setor saúde e desenvolvimento de novas “possibilidades de valorização do financiamento do SUS” (MENDES; MARQUES, 2012, p. 276), para eficaz aproximação do real princípio da universalidade da atenção no SUS.

5.2 Políticas nacionais do Ministério da Saúde relevantes para a coordenação dos cuidados pela atenção primária nos anos 2007 a 2011

Neste capítulo abordamos as estratégias realizadas pelo Ministério da Saúde do Brasil com potencial para impactar na coordenação dos cuidados pela atenção primária. Essas estratégias foram identificadas pelos sujeitos participantes desta pesquisa e ou questionadas a eles, seguindo roteiro de entrevista semiestruturado (Apêndice C), sobre qual a possibilidade de resultarem em algum grau de coordenação dos cuidados pela atenção primária.

De todas as estratégias relatadas, nenhuma apresentou como objetivo específico alcançar a coordenação dos cuidados pela APS, entretanto, tecemos uma discussão acerca de quais dessas apresentam potencial impacto sobre esse atributo da atenção primária. Essas estratégias se concentraram principalmente em grandes políticas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde no período em estudo, mas também em Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs).

Identificamos as seguintes macropolíticas no âmbito do Ministério da Saúde: Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); Redes de Atenção à Saúde (RAS); e Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). E como Tecnologias de Informação e Comunicação: Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes; Sistema Nacional de Regulação (SISREG); Cartão Nacional de Saúde; e Cadernos de Atenção Básica (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

5.2.1 Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

A Política de Atenção Básica em Saúde teve expressivo destaque em âmbito nacional no período de 2003 a 2010, sendo valorizada pela agenda federal como um dos eixos prioritários do Pacto pela Vida. A política persistiu como prioridade do Ministério da Saúde no período, fazendo-se presente nas metas do Plano Plurianual (PPA); no acompanhamento das metas de expansão da atenção básica e do PSF pela Casa Civil; e no crescimento do aporte de recursos para a área, com maiores esforços na correção do valor do PAB-fixado,

consideradas as dificuldades para manter aumentos sistemáticos (CASTRO; MACHADO, 2012).

Os entrevistados desse estudo afirmaram que a PNAB de 2006 foi um marco normativo, destacando-se pela qualidade de sua construção do ponto de vista ideológico e político, definindo responsabilidades para os entes federativos, garantindo a participação da União e incluindo as conquistas da ESF desde 1994, englobando até mesmo o que nem estava publicado em portaria. Atribuíram à PNAB a garantia da ESF como principal modelo de APS brasileiro, alcançando um *status* de modelo de atenção primária para outros países, e ainda com a vantagem de ter equipes multidisciplinares em alguns lugares e um quantitativo de equipes NASF em ascensão. Podemos observar nas suas falas a importância conferida à PNAB de 2006:

[...] é um documento muito bem redigido que trás a consolidação de todas as conquistas da ESF, desde 1994 e tava muito pulverizado, tudo que tinha de documento, tinha várias legislações, tinha coisa que não tinha nem publicação e ela agrega tudo e da um caminho, como eu disse anteriormente, ela define as responsabilidades de cada ente federativo (I).

Do ponto de vista do apoio, da força política, a portaria, a PNAB em 2006, ela fala disso, claramente, então coloca referência normativa, ideológica, principiológica etc. E do ponto de vista da indução, do modo como organiza os serviços, o fortalecimento da ESF é um elemento importante pra poder fazer isso, se você comparar Saúde da Família e o que não é Saúde da Família, claramente o Saúde da Família tem mais condições de fazer a coordenação do cuidado do que o que não é Saúde da Família (F).

[...] já existia a política nacional, que é de 2006, ou seja, a gente já não tinha mais aquele gestor falando “ah eu não vou implantar a equipe de saúde da família porque isso é um programa do governo federal, muda o governo, acaba o financiamento e eu fico lá com a equipe sem recursos”, era isso que a gente ouvia muito dos gestores. Então virou uma política nacional, mas ainda com todas as suas fragilidades (H).

Sousa (2008), analisando as motivações que levaram gestores do SUS, das três instâncias de governo, a implantar o PSF, concluiu que eles viram no PSF a possibilidade de reduzir as desigualdades de acesso aos serviços básicos de Saúde. Os gestores nacionais objetivavam a organização do SUS e reordenamento do sistema; os gestores estaduais viam no PSF uma estratégia com potencial de mudança do modelo assistencial; já os municipais, esperavam que o PSF pudesse de fato reorganizar a Atenção Básica.

Facchini *et al.* (2006) realizaram estudo comparativo acerca do desempenho do PSF nas regiões Sul e Nordeste do Brasil e concluíram que a oferta de ações de saúde e o contato por ações programáticas eram mais adequados no PSF, embora o desempenho da atenção básica ainda estivesse aquém do esperado, pois menos da metade da demanda potencial utilizou a unidade básica de saúde de sua área de abrangência. Os autores não se

detiveram na questão da coordenação dos cuidados, mas apontaram graves dificuldades de comunicação na rede básica do Nordeste, devido à complexa hierarquia para sua difusão, com diversos níveis de gestão, e à precária situação da tecnologia da informação.

Sousa (2008) ressalta que embora o PSF seja uma estratégia política com potencial para diminuir iniquidades na ABS, mediante ampliação do acesso, não é suficiente para superar desigualdades na saúde, pois esta é uma questão ampla e complexa que exige alterar fatores determinantes políticos, socioculturais, econômicos e ambientais. A autora identifica como limite de acesso aos serviços básicos de saúde a baixa capacidade de integração entre as equipes das unidades tradicionais, as equipes do PSF, e entre estas; a desintegração entre o PSF e os demais pontos do sistema (média e alta complexidade); e a desintegração do PSF com outros setores do governo e da sociedade.

Quanto ao desenvolvimento da APS no Brasil, tomando por base seus atributos, o Sujeito “G” acredita que a APS avançou principalmente na questão do primeiro contato e da integralidade, não conseguindo os mesmos resultados no que se refere à longitudinalidade e coordenação dos cuidados. O Sujeito “H” afirmou que embora a PNAB tenha sido bem construída, não foi suficiente para alcançar a coordenação dos cuidados no sistema, por não considerar a rede de atenção à saúde na perspectiva de um financiamento global. E o Sujeito “F” esclareceu que o fato isolado de haver um desenvolvimento da política com a PNAB de 2011 também não é o bastante para tornar a APS coordenadora dos cuidados:

[...] conseguiu avançar muito na questão do primeiro contato, acho que esse foi muito... a coisa do acesso, as pessoas terem acesso a alguns serviços que as pessoas não tinham nenhum acesso, e também a questão da integralidade, de ofertar ações de promoção, ações de prevenção, ações curativas e de reabilitação, [...] com as equipes multiprofissionais, conseguimos avançar muito... Coordenação e longitudinalidade acho que são os dois princípios que mais sofreram, que mais sofrem até hoje (G).

[...] o fato da gente ter na nossa política, o território, a população adscrita, as equipes multiprofissionais, os agentes comunitários, enfim, isso traz um potencial enorme e com responsabilidades, eu acho que a política é muito bem feita nesse sentido, mas ela [...] é insuficiente se a gente não considerar a rede como um todo, em financiamento global de atenção à saúde... (H).

[...] um desenvolvimento da de 2006, agora, nem tampouco ela resolve, escrever lá tal, [...] o que vai fazer isso virar a coordenação do cuidado são as outras ações concretas... (F).

Os sujeitos apontaram ainda que o desenvolvimento da APS nas diferentes regiões do Brasil se deu de forma assimétrica, havendo baixa cobertura em determinadas regiões e consequente impossibilidade de coordenação dos cuidados pela atenção primária. Não obstante, houve esforços por parte do governo federal em diminuir as desigualdades regionais

ao incluir populações especiais em sua agenda social (quilombolas, assentados e indígenas), até então pouco consideradas pelas regras do SUS, sendo esta a primeira vez que foram empregados indicadores de condições sociais como critério para diferenciar os repasses federais aos municípios para financiamento do SUS (CASTRO; MACHADO, 2012).

Esta “discriminação positiva” ocorreu de forma sistemática com o lançamento da Portaria nº 1.624/GM de 10 de julho de 2007, a primeira de uma sequência de portarias anuais, regulamentando a transferência dos incentivos financeiros referentes à Compensação de Especificidades Regionais (CER) por meio do componente do PAB-variável considerando o Índice de Desenvolvimento Humano - IDH de cada unidade da Federação (BRASIL, 2007a). A CER foi uma estratégia para “responder a especificidades de municípios, populações ou situações que exigem maior aporte de recursos, mas que não são devidamente contempladas nos demais componentes” do financiamento (BRASIL, 2012b).

À PNAB de 2006 foram sendo acrescentadas outras conquistas, tais como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), equipes de saúde da família para comunidades ribeirinhas e fluviais, equipes do consultório na rua etc., de modo que cinco anos depois foi lançada uma reedição da PNAB (Portaria nº 2.488, de 21/10/2011), com objetivo de acompanhar as mudanças próprias à dinâmica da realidade e afirmar estas, divulgadas mediante portaria, numa única política de saúde.

Os entrevistados afirmaram que a PNAB 2011 surgiu sem grandes mudanças, porém, com maior ênfase nos conceitos de rede e de linhas de cuidado a partir do Decreto nº 7.508/2011. Além disso, abriu-se a possibilidade de o Ministério da Saúde incluir outros modelos de APS, atendendo à demanda de alguns municípios que construíram seus modelos de APS diferentes da ESF, adotada pelo governo federal.

[...] não mudou essencialmente os conceitos da PNAB [...] abriu a possibilidade de financiar basicamente uma briga histórica que os municípios sempre cobraram do ministério, que outros modelos que não fossem com o médico de 40hs pudessem ser financiados pelo ministério e ter agentes comunitários e tal, basicamente isso era uma demanda do estado de São Paulo... (H).

A mudança de carga horária médica implementada com a PNAB 2011 é questão polêmica e abordamo-la no último capítulo, junto à importância da formação e contratação do profissional médico para a coordenação dos cuidados pela APS no Brasil.

5.2.2 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

A criação do NASF foi um dos desdobramentos da PNAB 2011, que já vinha se concretizando desde 2008, quando foi lançada a Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 com sua criação, o que foi citado pelos entrevistados como importante estratégia para aumentar a resolubilidade da APS e para qualificar os encaminhamentos entre a ESF e os demais níveis de atenção, sendo considerado até mesmo como a principal estratégia de atuação junto à ESF na coordenação dos cuidados:

[...] considero o NASF, que é de 2008, o segundo degrau do nosso modelo de saúde da família, e acho que são suficientes, desde que funcionem de acordo com os princípios da atenção primária, obviamente (H).

[...] a universalização dos NASF que começou a ampliar em 2011 e agora chegou no ponto máximo [...] a gente amplia a resolubilidade da atenção básica mais uma vez, algumas coisas que precisariam ser encaminhadas ali a gente passa a resolver, outras que podem ser encaminhadas podem ser encaminhadas com muito mais qualidade, então a gente avança na resolubilidade da atenção básica e faz uma atenção básica mais encorpada e facilita os processos também de coordenação do cuidado (F).

[...] tem o NASF, o NASF já é serviço de referência, então não é pra ele referenciar ninguém pra outra área, é pra ele ser compartilhado, pra ser um apoio, mas a enfermeira, o odontólogo, algumas vezes e os técnicos e até os agentes comunitários, eles deve usar o médico de família como seu apoio, como seu serviço de referência (I).

As equipes do NASF funcionam vinculando-se a um número de equipes de saúde da família, que varia entre 8 e 20, e pode ser composto por até 19 profissionais. A implantação dos NASF tem ocorrido de maneira exponencial, pois em 2008, eram 3 e em 2011 passaram para 1.498 (BRASIL, 2012b). Silva *et al.* (2012) obtiveram como resultado de pesquisa sobre a visão dos profissionais da APS do município de São Paulo que existe uma expectativa de que o NASF seja um dispositivo capaz de potencializar a integralidade do cuidado, intervindo na cultura dos encaminhamentos desnecessários e na articulação com os outros pontos de atenção à saúde, facilitando, portanto, a coordenação dos cuidados pela APS, haja vista que não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, funcionando no mesmo espaço das equipes da ESF. O entrevistado “I” destaca o crescimento do NASF.

[...] se a gente ver que o NASF presta apoio de 8 a 20, mas normalmente mede a 10 equipes de saúde da família, a gente tinha 1.000 NASF, a gente tinha 10 mil equipes já com apoio, então de 30 mil equipes já tinha um terço das equipes tendo apoio através do NASF com apoio matricial, então hoje a gente já deve ter em torno de 1.500 NASF, ou seja, já deve tá em torno de 15 mil equipes com apoio, quase a metade das equipes já com apoio. Então acho que teve uma evolução legal (I).

No dia 18 de julho de 2013, o número de indivíduos assistidos pelas 33.825 equipes de saúde da família correspondia a 107.065.473, cerca de 55,2% da população, ao passo que o número de equipes NASF chegava a 2.009 (BRASIL, 2013a), logo, uma média de 1 equipe NASF para 16,8 equipes de saúde da família, o que pode ser considerado uma ascensão positiva, se considerarmos que a proporção mínima é de 1 equipe NASF vinculada a 20 equipes de saúde da família.

5.2.3 Redes de Atenção à Saúde (RAS)

Podemos considerar que em 2010 o Ministério da Saúde insistiu na ideia de implantar redes de atenção à saúde no Brasil e lançou a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelecendo diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS.

A partir desta portaria, foram instituídas no âmbito do SUS: Rede Cegonha (24 de junho de 2011); Rede de Atenção às Urgências (07 de julho de 2011); Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (23 de dezembro de 2011); e, a mais recente, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (19 de fevereiro de 2013).

A RAS é definida na Portaria nº 4.279/2010 “como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. Portanto, esta portaria constitui-se em marco fundamental na definição do arranjo organizacional do SUS. No contexto da cooperação técnica internacional, esse é um exemplo concreto para os países que pretendem acabar com a fragmentação e melhorar cobertura, qualidade e eficiência das ações e serviços de saúde e buscam a integração regional (MENDES, 2012; OPAS, 2011b). Essa expectativa também está posta no Decreto Presidencial nº 7.508/2011, onde fica explícito que “a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde” BRASIL (2011a).

Os sujeitos entrevistados, entretanto, afirmaram que o lançamento da portaria sobre RAS foi muito importante no contexto organizacional do SUS, mas que ainda é insuficiente para a questão da coordenação dos cuidados pela APS. Destacaram-na como um ponto inicial do sistema público de saúde, pois com o amadurecimento atual do SUS essa proposta pode evoluir, devendo ser acompanhada de outras estratégias e mecanismos concretos de apoio à organização logística, além da necessidade inadiável de maior investimento estrutural na APS.

[...] a ideia é que seja um indutor, mas eu acho que ela teria que evoluir mais [...] primeiro exigir uma estruturação maior da APS, pra que a rede seja construída em cima dessa APS, que tenha um estímulo financeiro também pra que isso ocorra. [...] ela serve como um começo [...] a gente tem condições de agora, já três anos depois de evoluir bastante nesse sentido... (I).

[...] na medida em que mecanismos concretos sejam operados pra fazer isso, [...] cada uma dessas portarias, [...] tem um colegiado na SAS toda terça-feira, todas elas o DAB participa ou ajudou a construir e todas essas têm desdobramento [...] sempre pelo PMAQ, o PMAQ, dentro dele, ele tem um pezinho de todas as redes... (F).

[...] é insuficiente também, não acho que ela ajude assim... (H).

Embora o principal objetivo da instituição das RAS seja superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual, os sujeitos acreditam que, contrariamente a esse objetivo, as redes temáticas aprofundam a segmentação do sistema e reforçam a lógica de organização vertical, não acrescentando melhorias significativas à coordenação dos cuidados pela APS. Neste sentido, aponta-se a estratégia de Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS) como mecanismo mais potente para efetivar a coordenação dos cuidados.

[...] tem dois movimentos dentro do sistema que ajudam ou não ajudam os princípios da APS, acho que toda vez que a gente reforça muito a segmentação, nós pioramos o processo todo de um cuidado horizontalizado, [...] eu posso até em alguns casos ganhar pontos específicos, mas eu perco pontos no olhar mais global. [...] todas as articulações de redes elas são importantes, mas dentro de um processo, de um desenho que seja mais globalizado nesse sentido, [...] a ideia de rede e dos territórios integrados com unidades básicas, UPAs e com um desenho articulado ele tem uma potência muito maior na coordenação do cuidado que eu pegar uma linha específica [...] e sair criando várias redes, porque [...] isso reforça os programas verticais do ministério, [...] reforça linhas de segmentação e fragmentação e eu acho que isso não ajuda em nada a coordenação do cuidado... (G).

Os gestores argumentam que a segmentação do sistema e consequente fragmentação dos cuidados não é um problema intrínseco ao sistema de saúde brasileiro, mas que ocorre em algumas decisões da OMS, havendo também posturas de caráter vertical a partir do Ministério da Saúde, especialmente mediante a execução de programas nacionais,

que seguem por secretarias estaduais e municipais, e contribuem para segmentar o sistema na prática assistencial dos serviços de saúde.

[...] tá trabalhando por temas trás distorções e cria essas distorções dentro do ministério passando pelas secretarias estaduais até dentro dos municípios, então, acho que o ministério tem esse papel de tá quebrando essa questão das ações programáticas [...] nessa evolução da portaria de redes na próxima que vier eu acho que é uma coisa que o ministério deveria estar pensando, em quebrar essa questão das caixas, dos programas (I).

[...] uma questão interna ao ministério, quer dizer, não é interna, é global, que vai desde a OMS em Genebra, que você tem sistemas e serviços de saúde articulados e você tem programas verticais... (G).

Um dos entrevistados ressalta ainda que o desenho das redes não se constitui exatamente em novidade para o sistema e que essa estratégia tem potencial risco de se comportar tal como determinados programas verticais, por exemplo, o Programa Nacional de HIV/AIDS, que, embora tenham seus inegáveis avanços, não contribuem para organizar o sistema e obter resultados mais eficientes na atenção à saúde. Outro entrevistado argumenta que as RAS, da forma como estão desenhadas, não incidem nos pontos críticos da questão da coordenação dos cuidados, quando, por exemplo, oferece um tipo de serviço que a ESF já realiza, mas não garante um forte mecanismo de regulação e estrutura que assegure o percurso ideal do paciente no interior do sistema ao longo de seu tratamento.

[...] não é uma ideia nova, esses desenhos já existiam antes [...] muitas vezes a gente acaba tendo uma roupagem nova de estratégias antigas quando a gente pega, por exemplo, desenhos que estão muito colocados dentro dos modelos de saúde da mulher e da criança, programas que eu acho que isso não ajuda muito uma estratégia baseada na APS [...] tem benefícios individuais de cada programa, de cada uma das ações, não da pra não reconhecer, por exemplo, o sucesso dos avanços conseguidos com o Programa Nacional de HIV, por exemplo, agora todo programa vertical tem um limite [...] quando a gente fala de programa de mulher, de programa de hipertensão e diabetes e nós temos um volume de milhões de pessoas envolvidas, imaginar que nós vamos tratar isso dentro de redes toda vez que a gente discutia isso, eu acho que continua discutindo, a gente vem com as ideias de centros específicos pra isso, [...] centros de referência... (G).

[...] na Rede Cegonha, por exemplo, o que compete a APS é pré-natal qualificado etc., eu acho que o que o Saúde da Família fez em relação ao cuidado com a saúde da mulher [...] tem um impacto que nem foi medido, exatamente, mas que é imenso... O problema é mortalidade materna-infantil dentro da maternidade, o problema é que as nossas gestantes que estão na nossa APS não têm garantido pra qual maternidade elas vão, então, de novo, esse é um problema que a portaria, obviamente, ela é importantíssima, nesse sentido [...] mas ela é insuficiente (H).

A questão política foi outro ponto discutido, justificando um dos motivos pelos quais é tão difícil trabalhar a questão da integralidade enquanto redes de atenção, em detrimento de programas de cunho vertical. Destaca o modelo de organização política do Brasil, com eleições a cada dois anos, fato que comprime o tempo de atuação dos gestores,

obrigando-os a tomar decisões mais práticas, cujos resultados sejam rapidamente visíveis, o que não condiz com maioria das estratégias de caráter horizontal e de reestruturação organizacional dos sistemas de saúde.

[...] pensar a rede como um todo, em vez de pensar segmentos [...] é difícil, porque [...] você perde capacidade, você perde muito do potencial político da entrega pra população [...] que tem muito a ver com essa discussão dos cronogramas eleitorais [...] das políticas de saúde, política de saúde a gente não consegue resultado no prazo de um mandato e os ministros e todos os tomadores de decisão estão comprimidos a tomar decisões em prazos muito curtos que não ajudam muito, eu acho que nesse sentido é uma contradição e um sofrimento que é constante (G).

Sob outra perspectiva, o entrevistado “F” abordou o funcionamento das RAS a partir da APS, por meio do PMAQ, sublinhando uma discussão interna ao Ministério da Saúde acerca da participação da atenção especializada de forma mais efetiva nas redes de atenção à saúde, tendo sempre a APS como base de todas as redes.

[...] como a base das redes é a atenção básica, a gente articulou as políticas pra que as redes fossem implantadas na atenção básica, em especial através do PMAQ. [...] você vai discutir a Rede Cegonha, você vai a pactuação num lugar e nessa pactuação que você vai fazer tem a atenção básica que tem que ser a porta de entrada e a discussão é a atenção básica resolver todos os casos que são risco habitual [...] é o PMAQ que vai fazer a avaliação, entendeu, é uma coisa sempre dos dois lados [...] a gente tá discutindo a atenção especializada de uma maneira geral e a atenção básica, a gente fez esse espelho, essa complementação em todas as redes... (F).

As RAS fundamentam-se na “APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção”, segundo a Portaria nº 4.279/2010. A fim de observar a presença da APS como coordenadora dos cuidados no âmbito de cada rede, elaboramos um quadro (Quadro 8) com indicativos que denotam essa função à atenção primária a partir das portarias de redes, referente ao período tomado para análise neste estudo, quais sejam: Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências; e Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Quadro 8 - Elementos indicativos de coordenação dos cuidados pela APS presentes nas portarias das Redes de Atenção à Saúde (temáticas), publicadas entre 2007 e 2011

PORTARIAS	Rede Cegonha (Portaria nº 1.459, de 24/06/2011)	Rede de Atenção às Urgências (Portaria nº 1.600, de 07/07/2011)	Rede de Atenção Psicossocial (Portaria nº 3.088, de 23/12/2011)
DIRETRIZES	[Art. 4º] II - garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro.	[Art. 2º] I - ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de Atenção...; III – [...] acesso regulado aos serviços de saúde; VI - articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção; VII - atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção...	[Art. 2º] X - Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado.
OBJETIVOS	[Art. 3] II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade.	Art. 6º O Componente Atenção Básica em Saúde tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades. Art. 12. O Componente Atenção Domiciliar [...] acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar.	[Art. 3º] II - Promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e III - Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território...
COMPONENTES	[Art. 7º] I - PRÉ-NATAL: a) realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção; e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto. III - PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA: b) acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento.	I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; II - Atenção Básica em Saúde; VIII - Atenção Domiciliar.	[Art. 6º] I - Atenção Básica em Saúde. *A ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso.

Fonte: Elaboração própria.

Observamos que nas três portarias a APS é colocada como parte integrante da rede de atenção, havendo alguns trechos em que a mesma aparece de forma indireta, ao garantir, por exemplo, acesso regulado aos serviços de saúde. Além disso, as portarias de redes dispõem de logística estrutural e comunicacional para ordenamento do cuidado, que, no entanto, é focado em segmentos específicos (temas), motivo pelo qual os entrevistados

fizeram ressalvas ao seu potencial risco de também segmentarem o cuidado, uma vez que este não é voltado para a população de modo geral.

As referidas portarias, todavia, não fazem nenhuma referência ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), cuja portaria (Portaria nº 1.654, de 19/07/2011) foi publicada quase que simultaneamente às portarias sobre RAS, não havendo uma interface entre as mesmas. Nem mesmo a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (Rede de Atenção Psicossocial), publicada cinco meses depois incluiu ações diretamente ligadas ao PMAQ. Do mesmo modo, a portaria do PMAQ também não faz referência às RAS, porém, seu Manual Instrutivo, lançado pelo DAB/SAS/MS, traz em seus indicadores de contratualização os principais focos estratégicos da atenção básica e as iniciativas e programas estratégicos do Ministério da Saúde, que são as três redes citadas.

5.2.4 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)

O PMAQ é uma política de indução, monitoramento e avaliação, cujo principal objetivo é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de modo a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à APS. O questionamento dessa estratégia aos sujeitos, analisada como possível medida pró-coordenação, resultou em discordância no discurso dos mesmos, indo desde a afirmação de que não contribui para a coordenação dos cuidados pela APS, até a consideração de ser uma das estratégias mais importantes para o alcance da coordenação dos cuidados a ser realizada pela atenção primária.

[...] o instrumento de avaliação contínua da qualidade, do acesso da qualidade ele não ajuda nessa fragilidade aí da coordenação, que é mexer na atenção especializada (H).

[...] o PMAQ tem um grande potencial, [...] pode ser um grande diferencial nos próximos anos, mas quando a gente fala da coordenação do cuidado, eu acho que nesse sentido ele deixa a desejar, porque ele não foca muito nisso (I).

[...] o PMAQ faz um diagnóstico e ele induz um conceito, aquele conceito que tava na portaria, e na portaria nova, ela traz com muita força isso, reforça mais isso ainda, o PMAQ induz isso no concreto... (F).

Uma das críticas imputadas ao PMAQ se refere à rapidez com que o mesmo foi implantado, pois os sistemas de informação que temos no Brasil não acompanharam essa mudança e não favorecem as formas utilizadas para avaliar ações e serviços em saúde, gerando resultados ainda incoerentes com a realidade e, assim, não refletindo a qualidade real dos serviços ou o acesso da população. Além disso, na opinião do entrevistado “I”, os indicadores do programa deveriam utilizar os quatro atributos da APS, já reconhecidos internacionalmente como sendo capazes de medir a qualidade da atenção primária, quais sejam atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.

[...] ele teria que ser construído de uma maneira mais processual, hoje ele tá tentando medir resultados e com os sistemas de informação que a gente tem é muito difícil de medir esses resultados e esses resultados muitas vezes não refletem a qualidade real ou o acesso da população (I).

[...] defendo que o PMAQ deveria ser focado mais nesses quatro pilares, então ele devia medir o acesso, ele devia medir a longitudinalidade, [...] depois vem integralidade, [...] o quarto grande pilar que é a coordenação, e daí a coordenação vai ser medida por uma resolutividade da equipe, quanto ela tá tendo que... quanto ela tá encaminhando, quanto não está. Então, se a PMAQ fosse estruturada dentro desses quatro grandes eixos eu acho que estaria medindo melhor do que tá medindo hoje, eu acho que seria uma grande evolução e a gente teria resultados bem legais (I).

Outra questão levantada sobre o PMAQ, diz respeito à necessidade de sua implantação neste momento do SUS, enquanto ação estratégica do Ministério da Saúde. O entrevistado “H” considera que já é possível termos um quadro real da situação brasileira e assim os esforços na esfera federal deveriam se concentrar sobre fragilidades já identificadas em estudos anteriores, como o Estudo de Linhas de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), de âmbito nacional e proposto pelo Ministério da Saúde.

O gestor acredita que avaliações externas realizadas em universidades e os vários estudos amostrais - desenvolvidos em 2001 e 2002, que renderam um monitoramento feito em todo o Brasil, ou pelo menos por região, e evidenciaram problemas como infraestrutura e formação dos profissionais de saúde - são capazes de responder pela realidade brasileira. Assim, o sujeito se pergunta acerca da eficiência do PMAQ em relação ao retorno que o mesmo poderá trazer. Considera de suma importância a avaliação e o monitoramento no âmbito da ESF, mas questiona se o investimento no programa vai trazer mais benefícios que gastos em sua implantação.

[...] a grande questão que eu acho é que a gente não precisa mais, o Brasil, de diagnósticos [...] a gente tem a realidade [...] o que a gente precisa é gastar dinheiro pra resolver as fragilidades [...], como é que a gente coloca, empodera as equipes tal, com a capacidade de fazer diagnóstico terapêutico de colocar o paciente numa

emergência, no SAMU ou no leito hospitalar quando precisa, isso é coordenação do cuidado, e esses mecanismos a gente andou muito pouco [...] o grande problema da satisfação das pessoas é que elas não conseguem [...] uma coisa que é no outro nível, não é a avaliação da APS que vai resolver isso, [...] não acho que o resultado da avaliação vai ser muito diferente [...] do que foi feito primeiro sendo estudos amostrais, eles eram amostrais com capacidade de responder pelo Brasil, pelo menos por região e tal (H).

[...] no SUS se preocupa pouco com isso [...] a APS tem uma vantagem também do nosso modelo, porque desde que a gente criou o Saúde da Família a gente já tinha indicadores, monitorava indicadores, tinha Pacto Nacional, [...] a gente vai ver que o hospital ele tem pouquíssimo instrumento de avaliação de qualidade. Então, valorizo, acho que é bem importante, [...] tenho uma crítica ao PMAQ, [...] não sei o quanto que custou o PMAQ, [...] tudo o que a gente faz no Brasil que é presencial tem um custo tão alto que [...] o financiamento que vai gerar o resultado daquilo, dificilmente vai ser maior do que o que foi gasto com a operacionalização da avaliação... (H).

De outro modo, o entrevistado “F” identifica potenciais para coordenação dos cuidados pela APS a partir do PMAQ, ressaltando que “ele não é só uma autoavaliação, ele não é só uma referência pras pessoas fazerem mudança nos processos de trabalho, pra negociar, ele é também uma coisa que avalia na sequência e faz a indução financeira”. Enfatiza que o programa identifica o que é necessário induzir, mediante mudanças nos processos de trabalho das equipes, para organizar a atenção primária de modo a ampliar sua resolubilidade.

Segundo o gestor, o PMAQ traz padrões mínimos de qualidade, reforça a utilização de protocolos ativos e oferece clareza aos processos de decisão de encaminhamento para os demais pontos de atenção. Ao mesmo tempo, faz uma atenção básica mais “encorpada”, com mais capacidade para garantir longitudinalidade e facilitar a coordenação dos cuidados, pois empodera as equipes da ESF nas decisões sobre vagas em outros pontos de atenção e reduz filas de espera, ao melhorar os processos de regulação no interior do sistema.

[...] identifica que é necessário induzir que o processo de trabalho na atenção básica se organize de modo a ampliar a resolubilidade nas próprias unidades de básicas de saúde e de ter claramente a clareza de quando é que ele encaminha, o PMAQ traz isso [...] acolhimento da necessidade, redução do tempo de espera pra atender essa pessoa, ele pensa na intervenção, resolubilidade, longitudinalidade do cuidado e acompanhamento da pessoa, caso ela precise sair da unidade básica, e presença de protocolos ativos sendo usados na unidade básica de saúde pra definir mais um pouco o quê que pra cada localidade é o papel da atenção básica e dos outros pontos de atenção [...]. O PMAQ inclusive olha qual é a capacidade que cada equipe tem de decidir sobre vagas nos outros pontos de atenção, então o PMAQ faz um diagnóstico e ele induz um conceito, [...] o PMAQ induz isso no concreto, então o sujeito [...] é provocado primeiro com a autoavaliação, [...] a avaliação tem todas as ações, os padrões e fala o padrão é minimamente você [...] ter um protocolo, você tem que saber todos os usuários que você tá acompanhando e têm um grau mais... um risco mais elevado, minimamente você não pode perder ele de vista, quando estiver em outro ponto de atenção e minimamente você tem que decidir e tem que ter protocolos pra poder regular e capacidade de protocolos pra poder encaminhar e capacidade de

intervir nessa regulação. [...] a gente avança na resolubilidade da atenção básica e faz uma atenção básica mais encorpada e facilita os processos também de coordenação do cuidado (F).

A avaliação da atenção primária brasileira tem um histórico anterior ao PMAQ, que iniciou com a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, desenvolvida pelo Ministério da Saúde do Brasil a partir de 2003. Pela primeira vez, no sistema de saúde brasileiro, o objetivo de institucionalizar a avaliação no SUS é transformado em uma política de governo descentralizada, explicitando o papel dos gestores estaduais e municipais no processo de acompanhamento e avaliação da APS (FELISBERTO *et al.*, 2010).

Em 2005, foi implantada a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) da ESF, com potencial para equacionar problemas relacionados aos processos de trabalho e orientar a consolidação da inversão do modelo de atenção à saúde a partir da APS, embora não tenha se configurado como estratégia de avaliação sistemática na atenção primária. A AMQ apresentou como fator limitante a ausência de vinculação de recursos financeiros, “humanos” atrelados à AMQ, o que contribuiu para que se tornasse uma estratégia capaz de apontar problemas, mas não direcionasse sua resolução, reduzindo sua credibilidade frente às equipes locais e à gestão municipal (SILVA, 2012). Desse modo, o Ministério da Saúde lançou, em 2011, o PMAQ, que, embora tenha sido baseado em instrumentos pré-existentes, pode-se considerar que, sob uma visão técnica, os instrumentos consagrados e validados como a AMQ e o Primary Care Assessment Tool (PCATool) poderiam ter sido melhor aproveitados no desenho do atual programa de avaliação da APS (FONTENELLE, 2012).

Assim como a primeira política de monitoramento e avaliação da APS, o PMAQ também apresenta potencial para qualificação dos processos decisórios, no âmbito da gestão dos serviços e do cuidado, tendo como finalidade a integralidade e resolubilidade das ações, considerada a incipiência das práticas de monitoramento e avaliação na atenção básica nas três esferas de gestão (FELISBERTO *et al.*, 2010).

Já em relação à coordenação dos cuidados, o Manual Instrutivo do PMAQ coloca-a como um dos compromissos das gestões municipais e como uma das quatro dimensões do instrumento de certificação das equipes de atenção básica, junto à gestão municipal e à unidade básica de saúde, compondo a unidade de análise “Gestão” e se desdobrando em subdimensões que consistem nos eixos de análise orientadores dos padrões de qualidade. Esses padrões devem ser verificados no próprio local de atuação das equipes, que serão submetidas à avaliação externa mediante aplicação de um instrumento composto por um

elenco de padrões de qualidade, alinhados aos padrões do AMAQ (instrumento semelhantemente à AMQ), e suas respectivas formas de verificação.

Enfatiza-se que, diferente da autoavaliação (baseada exclusivamente em respostas dos próprios avaliados), a certificação terá como base principal evidências constatadas por meio de documentos (atas, relatórios, instrumentos, prontuários etc.), da observação direta e de outras fontes verificáveis. O desfecho dessas certificações é o gestor municipal receber valores diferenciados do Componente de Qualidade do PAB Variável, conforme o seu desempenho.

5.3 Estratégias de Tecnologias de Informação e Comunicação desenvolvidas nos anos 2007 a 2011 com enfoque na coordenação dos cuidados pela atenção primária

As estratégias de Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) identificadas neste estudo foram menos enfatizadas no discurso dos sujeitos entrevistados do que o fortalecimento da APS e as políticas discutidas. Diferente, portanto, de estudos de base municipal, que comumente discutem questões mais práticas das ações e serviços, enfatizando, por exemplo, o funcionamento dos instrumentos de referência e contrarreferência, ou obtendo como resultado de análises de desempenho dos serviços de atenção à saúde problemas ou avanços na utilização desses instrumentos.

No âmbito do Ministério da Saúde, o principal destaque para as TICs foi o Telessaúde. Segundo Wen (2008), os primeiros movimentos da Telemedicina no Brasil ocorreram no espaço universitário. Primeiro com o edital do Programa “Institutos do Milênio”, lançado no ano de 2005 pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), resultando na aprovação do Projeto de Telemedicina “Estação Digital Médica” (EDM-Milênio), que contou com um consórcio formado por nove instituições para ampliar e consolidar a Telemedicina no Brasil. Segundo, por solicitação do Ministério da Saúde (SGTES), com a elaboração do Projeto de Telemática e Telemedicina em apoio à APS no Brasil, para a implantação de 900 pontos de atenção primária. E o terceiro marco da Telemedicina foi desenvolvimento do projeto da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE) da RNP (Rede Nacional de Ensino e Pesquisa), em 2006.

A formalização da Telemedicina veio com o Programa Telessaúde Brasil, instituído pela Portaria nº 35, de 04 de janeiro de 2007, a qual respaldou o Projeto Piloto que

deu origem a nove Núcleos de Telessaúde situados nos estados: Amazonas, Ceará, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Seu objetivo era “desenvolver ações de apoio à assistência à saúde e sobretudo, de educação permanente de Saúde da Família, visando à educação para o trabalho e, na perspectiva de mudanças de práticas de trabalho, que resulte na qualidade do atendimento” da APS (BRASIL, 2007b).

Posteriormente, o Telessaúde passou a apoiar claramente a ESF, mediante a Portaria nº 402, de 24 de fevereiro de 2010. A implementação do Projeto Piloto Telessaúde Brasil em apoio à ESF foi coordenado pela SGTES e pela SAS. Tinha como objetivo qualificar a ESF, utilizando tecnologia que permitisse promover teleassistência, teleeducação interativa e a articulação com o sistema de regulação do SUS (BRASIL, 2010).

O Sujeito “F” destaca que a parceria entre estas duas secretarias do Ministério da Saúde (SGTES e SAS) promoveu não só a ampliação da resolubilidade da APS, pois o Telessaúde funciona como instrumento de qualificação do profissional, mas também uma melhoria na regulação, uma vez que o profissional da APS e o especialista poderiam discutir o melhor percurso para o paciente, além de se fortalecerem sua capacidade de regulação e coordenação dos cuidados, no que concorda o Sujeito “G”.

[...] ligamos o Telessaúde à regulação, o caso da SAS ter trazido pra muito dentro de sua agenda o Telessaúde, que antes só ficava na SGTES e agora é compartilhado, foi uma ideia de coordenação do cuidado, [...] em algo que eu tou com dificuldade de responder, em vez de encaminhar o usuário, primeiro eu encaminho informação, daí eu converso com outro profissional, esse outro profissional me ajuda a ampliar minha capacidade de resolver aquele problema sem eu precisar de encaminhar o usuário e se é o caso de encaminhamento se a decisão do encaminhamento foi tomada entre eu que sou o cuidador desse usuário e o especialista ou outro profissional de saúde que me fez a teleconsultoria, essa decisão tem que ser respeitada na regulação, então ela tem que facilitar a regulação, então a ligação entre a regulação e o Telessaúde é nitidamente um elemento que, de um lado amplia a resolubilidade da atenção básica, de outro lado e ali, articula a coordenação do cuidado, tem dois sujeitos discutindo sobre um caso e esses dois sujeitos eles se empoderam na relação com a regulação (F).

Teve o Telessaúde, que foi essa coisa do telemonitoramento que também faz parte do processo. [...] visitei uma clínica aqui da UFMG que fazia análise de laudos de ECG e algumas coisas de cardiologia no interior do Ceará, tinha um processo em andamento nesse sentido de fazer algum tipo de apoio no sentido de apoiar a resolutividade local e de servir de referência pra essas equipes (G).

Wen (2008) agrupa as funcionalidades da Telemedicina em três grandes conjuntos: Tele-educação Interativa e Rede de Aprendizagem Colaborativa; Teleassistência (Regulação) e Vigilância Epidemiológica; e Pesquisa Multicêntrica/Colaboração de Centros de Excelência e da Rede de “Teleciência”. Quanto à regulação, o autor afirma que a

Telemedicina é capaz de desenvolver atividades com fins assistenciais à distância, bem como sistemas de integração de atividades assistenciais com educação, vigilância epidemiológica e gestão de processos em saúde.

Em 2011, o Programa Telessaúde Brasil foi redefinido e ampliado, denominando-se então Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Na sequência, foi publicada a Portaria nº 2.554, de 28 de outubro de 2011, instituindo, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Ainda no ano de 2011, foram lançadas mais três portarias dispondo sobre aspectos financeiros a serem destinados ao programa (BRASIL, 2013b).

Desse modo, podemos dizer que os esforços para a consolidação da Telemedicina no Brasil, atualmente com o Telessaúde Brasil Redes, ocorrem desde 2005, não só por parte do Ministério da Saúde, e vêm sendo potencializados com o atual desenvolvimento tecnológico da informática, com os movimentos promovidos pelo Ministério da Saúde no sentido de incorporá-lo a políticas visadas como o Programa de Requalificação de UBS e com a vinculação de recursos financeiros a serem aplicados de forma descentralizada.

Wen (2008) destaca, também nesse processo, a expansão do número de grupos de pesquisa nas instituições universitárias; a estruturação da Telemedicina como disciplina de alguns cursos universitários, com o reconhecimento de que, para além do enfoque de tecnologia, comunicação e informática, é uma atividade multiprofissional, que envolve gestão e planejamento de sustentabilidade, pesquisa e desenvolvimento de conceitos e soluções para aplicação em Educação, Saúde e Pesquisa Científica, além da fundamental discussão em torno de aspectos éticos e legais.

Uma tecnologia de informação e comunicação importante para o SUS e para a coordenação dos cuidados, mas pouco enfatizada na fala dos gestores federais, é o Sistema de Informação das Centrais de Regulação ou Sistema Nacional de Regulação (SISREG), um sistema *online* que funciona com navegadores (Internet Explorer, Mozilla Firefox etc.) instalados em computadores conectados à internet. Esse software é disponibilizado pelo Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, desde a rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria.

O SISREG teve início na gestão 1999–2002 e vem sendo modificado gradualmente. Ele permite regular referências com definição de prioridades e monitoramento de filas de espera. O agendamento da consulta especializada é feito *online* pela UBS que encaminhou o paciente, o que pode reduzir barreiras de acesso à atenção secundária, se a mesma possuir as devidas condições de receber esses usuários encaminhados pela UBS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A regulação no SUS é um processo constituído por um conjunto de ações com o objetivo de organizar o sistema de saúde e que pode intervir nos processos de prestação de serviços, alterando ou orientando sua execução (SANTOS; MERHY, 2006).

A Regulação é um dos elementos constituintes da gestão e uma importante ferramenta para sua operacionalização. No âmbito do SUS, ela pode ser tratada de duas formas inter-relacionadas à gestão global do sistema: a macrorregulação e a microrregulação (MAGALHÃES JR., 2002). Santos e Merhy (2006) definem a macrorregulação como mecanismos mais amplos e estratégicos de gestão, referentes ao estabelecimento de: planos estratégicos; projetos prioritários relacionados ao controle social; definições orçamentárias de grande porte; relação com outras políticas sociais que interferem na saúde das populações; política de recursos humanos e estabelecimento de regras para as relações com o setor privado de saúde. Já a microrregulação, diz respeito a um olhar focado diretamente na assistência, de caráter operacional e instrumental (MAGALHÃES JR., 2002).

Apesar das mudanças políticas e organizacionais necessárias ao SUS e dos avanços, evidências e dados empíricos, os mecanismos de regulação pactuados até 2006 ainda não tinham sido capazes de mudar os padrões históricos e as características gerais da assistência hospitalar no SUS (FARIAS *et al.*, 2011).

O Sujeito “F” citou o funcionamento do SISREG em comparação ao e-SUS Atenção Básica, estratégia lançada recentemente, em 2013, pelo Ministério da Saúde, mas que era um conceito da política executada no ano de 2011, na forma do reconhecimento da necessidade de informatizar as UBS e garantir prontuário eletrônico.

O SISREG pra aquilo que ele se propõe ele da conta, a grande questão é que a gente precisa ter coisa na atenção básica e o e-SUS vai ter isso, porque o e-SUS ele vai permitir que na atenção básica você faça uma pré-regulação, que a gente chama de microrregulação [...] lá no SISREG ele tá vendo alguns dados, tem outros que escapam a ele, tá vendo a idade, tá vendo o CID, ele tá vendo quanto tempo o cara tá esperando na fila, ele tá vendo algumas questões, [...] o cara que tá atendendo ele tá vendo outra coisa, ele tá vendo a situação social do sujeito, ele tá vendo a situação familiar, rede de apoio, ele conhece o comportamento daquele CID concretamente naquele sujeito, então o e-SUS ele permite que você faça essa priorização e mande já

pro SISREG algo mais já definido, então a gente tá montando esses desenhos todos... [em 2011] ele tava como conceito “informatizar as unidades básicas de saúde e garantir prontuário eletrônico” (F).

O gestor diferencia o papel do SISREG e do e-SUS Atenção Básica, definindo que os sistemas trabalham com dados diferentes, mas complementares, na microrregulação ou regulação assistencial, em que o processo regulatório ocorre no acesso cotidiano das pessoas, traduzindo o cotidiano da operação do sistema e as regras gerais estabelecidas na macrorregulação (MAGALHÃES JR., 2002). O e-SUS Atenção Básica, mais voltado ao caso clínico de cada indivíduo, envolvendo aspectos relativos à longitudinalidade e criando um prontuário eletrônico, passível de ser consultado em qualquer ponto de atenção por diferentes profissionais, mediante o código de registro do usuário, presente no Cartão Nacional de Saúde. E o SISREG, assumindo a continuidade assistencial nos serviços de saúde, registrando informações técnicas mais ligadas à organização e eficiência do sistema, também intermediando a coordenação do cuidado entre a UBS e os demais pontos de atenção.

O e-SUS [...] dá um salto nisso fabuloso, na medida em que você tem um software gratuito, público, colocado à disposição de todos os trabalhadores, todos os municípios do Brasil, que você através do Cartão Nacional de Saúde tem um código do usuário e que você passa a ter o prontuário eletrônico, você tem alerta sobre a longitudinalidade do cuidado, você tem condição de ligar ele direto no SISREG, você tem condição dele fazer a solicitação de regulação, então você não só acompanha a qualidade do cuidado do usuário, como você pode identificar em que ponto da atenção ele tá, aquela velha polêmica da referência e da contrarreferência ela passa a ser uma coisa lida a partir da informação do sistema. Então essas são ações bem objetivas relacionadas à coordenação do cuidado (F).

O Ministério da Saúde desenvolveu o e-SUS Atenção Básica como estratégia para reestruturar e garantir a integração dos Sistemas de Informação em Saúde, permitindo um registro da situação de saúde individualizado por meio do Cartão Nacional de Saúde. O DAB/SAS desencadeou um processo de avaliação e reestruturação dos sistemas de informação da APS para facilitar o processo de trabalho e de gestão nesse nível de atenção, resultando Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) e no mais novo software, o e-SUS Atenção Básica. O SISAB comportará o registro individualizado das informações de cada cidadão, unificando e integrando todos os sistemas de software atualmente na APS. Ao passo que o e-SUS Atenção Básica será utilizado pelos profissionais de saúde para inserção e consulta de dados sobre os usuários de saúde e seus trabalhos (BRASIL, 2013c).

Embora seja uma estratégia que ultrapassa o período deste estudo, vale ressaltar que a mesma poderá permitir a avaliação e acompanhamento do processo de trabalho da APS,

possibilitando, por exemplo, pagamento por desempenho dos profissionais nos municípios, o que está previsto no PMAQ, por exemplo. Ademais, poderá fortalecer os processos de coordenação do cuidado dos usuários (BRASIL, 2013c).

O Cartão Nacional de Saúde será fundamental para esse sistema. Ele é um instrumento que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do SUS ao usuário, ao profissional que os realizou e também à unidade de saúde onde foram realizados. Logo, é necessária a construção de cadastros de usuários, de profissionais de saúde e de unidades de saúde, que geram um número nacional de identificação. Esse instrumento necessita também de uma infraestrutura de informação e telecomunicações, com funções de captar, armazenar e transmitir as informações sobre os atendimentos realizados, ou seja, de uma rede de comunicações que abrange os níveis municipal, estadual e federal.

Apesar de não ter sido uma TIC discutida pelos gestores federais, o Cartão Nacional de Saúde, atualmente, apresenta potencial para a coordenação dos cuidados, uma vez que entre seus objetivos consta o acompanhamento dos fluxos assistenciais, do processo de referência e contrarreferência dos pacientes, bem como poderá possibilitar maior agilidade no processo de atendimento ao usuário, melhorando o acesso e a integralidade, além de favorecer a racionalização dos custos; o acompanhamento, controle, avaliação e auditoria do sistema e serviços de saúde; e a gestão e avaliação de recursos humanos.

Quanto ao período em estudo, no entanto, a implantação do cartão apresentava desafios, tais como: disponibilizar automaticamente os bancos de dados atualizados e permitir o acompanhamento do processo pelas SES; agilidade na validação de números provisórios e definição de números definitivos; viabilização da conexão dos serviços ao sistema em todos os municípios, pois muitos não têm acesso à comunicação de alta velocidade; segurança das bases municipais, logo, implantação de requisitos mínimos para implantação; integração do cartão aos programas desenvolvidos pelo Datasus, especialmente o SISREG; e a implementação de forma concreta em âmbito nacional de Registro Eletrônico para o SUS, considerando as diversas experiências e avanços existentes em alguns estados e municípios (BRASIL, 2013d).

Os gestores federais da APS enfatizaram, no entanto, os protocolos e parâmetros técnicos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde durante o período, tais como a Série Pactos pela Saúde e, principalmente, os Cadernos de Atenção Básica, cuja publicação chegou a quase 30 cadernos entre 2007 e 2011. Sobre a Série Pactos pela Saúde, destacam a definição de papéis para os três entes federados, explicitados pela primeira vez. Quanto aos Cadernos de

ABS, os entrevistados compreendem-nos como protocolos bastante pertinentes e úteis à coordenação dos cuidados, pois qualificam os processos de referência e contrarreferência entre os pontos de atenção.

[...] a publicação da PNAB de 2006, que faz parte da Série Pactos, então é uma das publicações da saúde, a Série do Pacto pela Saúde, e ela põe pela primeira vez, explicitamente qual o papel de cada ente federativo e cada profissional dentro das equipes de saúde da família, deixa claro então o que se espera de cada equipe e de cada ente. Isso serve como indutor forte da política nacional (I).

Todo o investimento que o Ministério fez há muito tempo pra poder construir parâmetros técnicos, como os cadernos de atenção básica, na perspectiva de olhar o que pode ser resolvido na atenção básica e o que encaminhar pra outros também são ações aí mais do ponto de vista de referência técnica para que na prática do cotidiano esses profissionais eles possam, utilizando isso, avançar nos graus de coordenação do cuidado. Especificamente não tem uma política assim que focasse pra isso (F).

[...] os protocolos são mecanismos pra isso acontecer, o profissional da atenção primária utilizar os protocolos pra encaminhamento e os da atenção especializada devolverem também a partir de critérios de risco, vulnerabilidade e tal (H).

Almeida *et al.* (2010) consideram que os protocolos são instrumentos de coordenação clínica, inclusive de acesso à atenção especializada, que representam uma estratégia para garantia de atenção integral a partir dos serviços da rede básica. Também denominados diretrizes clínicas ou linhas de cuidado, objetivam padronizar os processos de trabalho, possibilitar a coordenação entre diferentes prestadores e melhorar o desempenho do cuidado à saúde (KALUZNY; SHORTELL, 2006).

O entrevistado “I” destaca a capacidade indutora inerente aos Cadernos de Atenção Básica, pois definem de forma clara o fluxo de atendimento para casos específicos, explicitando o que deve ser feito e em qual ponto de atenção.

[...] o lançamento de várias publicações através de cadernos de atenção básica, específicos pra induzir algumas ações... as publicações elas servem também como indutoras, porque, por exemplo, rastreamento [...] no âmbito do ministério e pela primeira vez foi escrito pra induzir o quê que deve mesmo ser feito e o quê que não tem evidência de ser feito. É... procedimentos, existia uma distorção, que é, por exemplo, que em unidades básicas de saúde não se faz procedimento cirúrgico e o caderno traz essa questão pra desmistificar (I).

No âmbito municipal, a utilização de protocolos acontece das mais variadas formas, apresentando-se em diferentes graus de implantação, como podemos observar, por exemplo, nos estudos de: Almeida *et al.* (2010), sobre quatro municípios que adotaram protocolos tradicionais, com base nos ciclos de vida e agravos e nos fluxos e regulação da atenção especializada, sendo que alguns se encontravam em fase inicial de implantação ou sendo reestruturados para atender às novas configurações da rede e responsabilidades

assumidas pelo município; Dias (2012), em Belo Horizonte, onde os protocolos clínicos ou linhas de cuidado para a Cardiologia estavam em processo de implantação e aprimoramento, mas pouco utilizados; Rocha *et al.* (2008), realizado em 21 municípios, que obteve como resultado sobre a adoção de protocolos assistenciais uma utilização ainda incipiente.

5.4 Evidências da indução centralizada da coordenação dos cuidados pela atenção primária à saúde no Brasil

A discussão elaborada neste capítulo nos permitiu inferir que a indução centralizada da coordenação dos cuidados pela atenção primária no SUS vem ocorrendo de forma indireta, sofrendo reflexos da política de valorização e expansão da APS brasileira. Esta política, por sua vez, vem sendo fortalecida principalmente por meio da expedição de portarias, que demarcam formalmente o aumento progressivo dos recursos financeiros destinados à APS; por meio da execução de políticas de âmbito nacional, com expressivo impacto sobre a atenção primária; e também da utilização de estratégias de tecnologias de informação e comunicação.

O fortalecimento da Política Nacional de Atenção Básica é complexo e o estudo desse processo, enquanto principal modo de expressão da indução central da coordenação dos cuidados realizada pelo Ministério da Saúde, contribuiu para identificarmos evidências cujo impacto pode ser positivo, negativo, controverso ou mesmo insuficiente na indução centralizada da coordenação dos cuidados pela APS.

Uma questão importante a ser ressaltada é a imprecisão conceitual da temática “coordenação dos cuidados”, evidente não só no discurso dos gestores federais, mas também na literatura e nos documentos oficiais, que nem sempre adotam a mesma definição. Os gestores federais concordam com grande parte da literatura quanto à relevância do tema e quanto ao direcionamento para a discussão de sistema de saúde inata à temática, em detrimento de discussões que restrinjam à coordenação dos cuidados a processo de trabalho. Apesar deste consenso, destacamos que essa difícil definição conceitual enseja cautela nos estudos que tratam desse tema, bem como pesquisas mais refinadas acerca dos atributos da APS, que possam contribuir com a elaboração de políticas que visem promover a prática da coordenação dos cuidados pela APS no cotidiano dos serviços.

Já os aspectos práticos que circunscrevem a indução centralizada da coordenação dos cuidados se referem a diferentes movimentos no cenário nacional. Um destes movimentos, a execução da política do NASF, que apresentou evidências de impacto positivo e direto na coordenação dos cuidados, sendo considerada a principal estratégia de atuação junto à ESF na coordenação dos cuidados. Outra evidência de impacto positivo e direto foi a publicação dos Cadernos de Atenção Básica, da Série Pactos pela Saúde, que funcionam como protocolos e parâmetros técnicos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde e foram entendidos como bastante pertinentes e úteis à coordenação dos cuidados, por qualificarem os processos de referência e contrarreferência entre os pontos de atenção.

Identificamos também evidências positivas, mas cujo impacto pode ocorrer indiretamente na coordenação dos cuidados, como foi o caso dos dados inferidos a partir das portarias sobre atenção primária, que revelaram que quase metade destas se referem a recursos financeiros para a APS, evidenciando que o Ministério da Saúde permanece imbuído do papel de importante financiador das políticas e programas da APS e, portanto, forte indutor do desenvolvimento da APS brasileira, configurando uma indução da expansão e qualificação da APS com possíveis impactos na coordenação dos cuidados.

Para as evidências acerca do financiamento, cabe ressaltar que embora tenha apresentado um padrão de progressivo incremento durante os anos em estudo, com impacto positivo e direto na APS e indireto na coordenação dos cuidados, este elemento da indução centralizada não foi suficiente para causar mudanças na coordenação dos cuidados. Primeiro, porque permanece a diferença histórica entre a discrepante quantia de recursos transferida à média e alta complexidade e à atenção primária, com gestão do financiamento *per capita* para esta e por tabela para aquela; segundo, que não há nenhum incentivo financeiro específico para a coordenação dos cuidados; terceiro, que a vinculação de orçamento da União para o SUS preconizada pela Emenda Constitucional 29/2000 não ocorre e isso que prejudica o sistema de saúde de modo geral.

Ainda como impacto positivo e direto na APS, mas indireto na coordenação dos cuidados, podemos citar o Programa de Aceleração do Crescimento, que teve como desfecho o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, responsável pela garantia de maior acesso e cobertura à APS. Outro fato que contribuiu para melhoria da atenção primária neste período foi sua priorização na agenda do governo federal, que inclusive favoreceu maior coesão interna no governo, facilitando a aprovação de propostas para melhoria da APS, com apoio do esforço empreendido pelo Departamento de Atenção Básica neste sentido.

A execução da própria Política Nacional de Atenção Básica representa uma evidência positiva, mas indireta na indução da coordenação dos cuidados. Seu desenvolvimento assimétrico no país com baixa cobertura em algumas regiões ainda desponta como importante desafio à esfera federal, que vem destinando esforços no sentido de diminuir as desigualdades regionais, o que tem favorecido especialmente os atributos primeiro contato e integralidade, mas com pouco impacto na coordenação dos cuidados e longitudinalidade, segundo o gestor federal. Mesmo sua atualização, em 2011, não agregou mudanças significativas para a coordenação dos cuidados, à exceção do NASF, nem modificou a gestão do financiamento para uma lógica global, que considerasse a rede de saúde como um todo sob coordenação da APS.

De outro modo, inferimos que as Redes de Atenção à Saúde, no formato em que foram lançadas, apresentaram-se como evidência negativa, pois aprofundam a segmentação do sistema e reforçam a lógica de organização vertical, não acrescentando melhorias significativas à coordenação dos cuidados pela APS, embora tenham sido compreendidas também como um ponto inicial do sistema público de saúde, com possibilidades de evolução. É necessário, portanto, maiores investigações científicas sobre a execução dessa política e sua interface com a atenção primária como coordenadora dos cuidados.

A política do PMAQ evidenciou impacto controverso, segundo os gestores federais, sendo considerada: instrumento frágil para interferir na atenção especializada e assim impactar na coordenação dos cuidados; política com grande potencial, porém, insuficiente para o quesito coordenação dos cuidados; e como um instrumento que induz na prática o conceito de coordenação dos cuidados presente na PNAB, por meio do seu Manual Instrutivo que coloca esse atributo da APS como um dos compromissos das gestões municipais e como uma das quatro dimensões do instrumento de certificação das equipes de atenção básica. Portanto, é uma política ainda recente no cenário da saúde pública do Brasil e que carece de estudos mais aprofundados que permitam compreender e apontar melhorias na sua implementação junto a outras políticas.

Já o Cartão Nacional de Saúde, o Telessaúde Brasil Redes e o SISREG mostraram-se como evidências insuficientes para impactar na coordenação dos cuidados pela APS, mas com chances de potencialização neste sentido, de acordo com o progressivo amadurecimento do SUS e melhoria dos recursos tecnológicos.

Essas inferências permitem compreender de forma panorâmica o momento em que se encontra a coordenação dos cuidados pela atenção primária sob a ótica da indução centralizada. Desse modo, reconhecemos a limitação desse estudo no que diz respeito ao escopo adotado, que não abrange os demais entes federados na condução desse processo, embora sua responsabilidade seja interfederativa.

Vislumbramos a necessidade de construir a coordenação dos cuidados no Brasil considerando os aspectos abordados na discussão elaborada, de forma que não apenas receba os reflexos da política de valorização e expansão da APS, mas que sua realização seja planejada e priorizada na gestão federal, tendo em vista o momento favorável à atenção primária e o atual amadurecimento do SUS.

PARTE II

CASO DA INGLATERRA: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO CHAVE DO NATIONAL HEALTH SERVICE

5.5 Caso da Inglaterra: atenção primária à saúde como chave do National Health Service

5.5.1 História do National Health Service

O National Health Service (NHS), criado pelo National Health Service Act 1946, entrou em vigor em 5 de Julho de 1948, quando o secretário de saúde Aneurin Bevan abriu o Park Hospital, em Manchester, na intenção de um plano bastante ambicioso para levar saúde de qualidade para todos os ingleses. Pela primeira vez, os hospitais, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, oftalmologistas e dentistas foram reunidos sob uma organização para fornecerem serviços gratuitos para todos. Os princípios fundamentais foram claramente definidos: disponibilidade a todos e inteiramente financiado por impostos, o que significa que as pessoas pagariam de acordo com suas possibilidades (UNITED KINGDOM, 2013).

O NSH foi desenhado para ser um sistema deliberada e objetivamente orientado pela atenção primária à saúde, sendo fundamental para sua atual qualidade, efetividade e eficiência, comparado a outros países, como os Estados Unidos da América, cujo sistema é mais oneroso e com basicamente o mesmo nível de qualidade. Todavia, o financiamento desse sistema não foi bem definido nessa época, o que só veio a acontecer na década de 1970, quando se instituiu a Lei NHS Act, em 29 de julho de 1977, base de todas as reformas e diretrizes do NHS.

Assim como a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) levou anos em sua discussão, em um movimento conhecido como Reforma Sanitária que culminou na Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde do Brasil), a Lei NHS Act, que estabeleceu todas as diretrizes do sistema de saúde inglês, só foi instituída cerca de 30 anos depois da criação do NHS, resultando no desdobramento das demais reformas visando atender a essa legislação.

A Lei NHS Act também foi embasada em princípios holísticos e compreensivos, tal como o SUS, o que foi determinante para que o médico de APS (generalista, ou de família), denominado general practitioner (GP), fosse responsável pela coordenação dos cuidados. Somente na década de 80, criou-se o Resource Allocation Program (RAP), comitê responsável pelo cálculo de distribuição de recursos para cada cidade. A partir dessa lei os GPs ganharam força e passaram a ser importantes atores do NHS.

5.5.2 Contrato dos General Practitioners

Os GPs são contratados pela administração de cada cidade para providenciar serviços de prevenção de doenças, promoção da saúde, condução de todo o tratamento dos pacientes, assumindo o papel de porta de entrada do sistema. Os médicos generalistas são responsáveis pelo cuidado integral da pessoa, geralmente de sua família também, devendo acompanhá-la durante toda a vida, considerando que o sistema dispõe de grande potencial para atender ao princípio da longitudinalidade da APS.

O contrato dos médicos general practitioners é um contrato flexível, permitindo que eles trabalhem de forma autônoma, assemelhando-se a “donos de uma empresa social sem fins lucrativos” e não como funcionários do governo. Para isso, a partir de 2004 passaram a existir dois tipos de contrato: o GMS – General Medical Service Contract, que é um contrato básico elaborado pelo Ministério da Saúde junto aos representantes da profissão, no caso, da medicina, para todos os GPs; e o PMS – Personal Medical Service Contract, que é o contrato que agrega as especificidades da área de atuação do GP e as competências profissionais de cada GP, sendo elaborado pelo Primary Care Trust (PCT) e o próprio GP, de forma a adequar o rol de atividades do GP às necessidades de saúde da população que ele atende.

Portanto, o contrato do GP permite a inclusão ou exclusão de atividades, como, por exemplo, o acréscimo de incentivos financeiros para facilitar a implementação de determinada atividade numa área ou a inclusão de penalidades para evitar determinada atividade, como a prescrição de algum medicamento considerado ineficiente, por exemplo. Todos os recursos do contrato são agrupados num valor total, que é repassado aos serviços anualmente, em quatro ou cinco parcelas ao ano.

Os GPs trabalham com base populacional definida, porém o registro ao GP não fica restrito à área onde a pessoa mora, ela pode escolher o GP de sua preferência, independente de onde o centro de saúde se localiza, ou seja, na APS britânica não se trabalha com adscrição de indivíduos ou famílias, embora o NHS possua áreas definidas geograficamente. Assim, os centros de saúde têm suas respectivas áreas definidas num espaço geográfico, mas não em relação ao usuário, que, no entanto, pode ser registrado em um só centro de saúde de sua escolha. Para ser atendido em outro centro, o usuário pode mudar seu registro ou fazer um registro temporário em outra clínica, porém, aquele cuidado prestado

onde ele não está devidamente registrado deve ser necessariamente repassado ao centro onde ele é registrado, concessão feita por alguns centros de saúde.

5.5.3 Estrutura física da atenção primária à saúde

A estrutura física da atenção primária no NHS é organizada em centros de saúde, equivalentes às unidades básicas de saúde no Brasil, mas também chamados de clínicas na Inglaterra, dispondo de um até 6, 7 ou 8 GPs, abrangendo em média 6 a 8 mil habitantes registrados a um centro de saúde, de acordo com a quantidade de GPs. Em princípio, todas as pessoas do país são registradas a um GP e, de acordo com os registros nacionais, 103% da população é registrada, considerando-se a possibilidade de duplicação, imigração e até turismo.

No caso de uma região que possui 300 mil habitantes, por exemplo, existe um PCT e cerca de 70 centros de saúde para essa população. Essa região é então dividida em cinco regiões menores de diferentes tamanhos, para facilitar o processo de gerenciamento dos GPs, resultando em 14 centros de saúde para cada uma dessas cinco regiões menores.

Em geral, os centros de saúde são pequenos, porém, largamente distribuídos, motivo pelo qual estão passando por uma política de redução em sua quantidade, uma vez que seu pequeno porte impede a realização de serviços de maior complexidade. Portanto, o NHS objetiva agregar alguns centros de saúde para ofertar serviços de maior complexidade em APS. Para abrir uma nova clínica, um novo centro de saúde, é preciso mostrar que há demanda, entretanto, não é mais possível fazer isso em Londres, por exemplo, onde já existe uma grande quantidade.

A atenção primária do NHS tem ampla estrutura, compreendendo: GPs Pratices; Dentistas; Optometristas; Farmacêuticos; NHS Walk-in Centres; NHS 111; e NHS Direct. Nos centros de saúde, as equipes são coordenadas pelo GP e compostas por uma enfermeira, um recepcionista e um auxiliar dentro da clínica. Além disso, existe uma equipe descentralizada que presta serviços de saúde na comunidade, chamada Health Visitors, facilitando o desempenho dos serviços secundários, como hospitais e clínicas especializadas. Os profissionais farmacêuticos trabalham fora da clínica, em um sistema separado, de forma mais autônoma, sendo donos de suas próprias empresas, as farmácias que vendem os medicamentos.

5.5.4 Primary Care Trusts – PCTs

Na gestão da atenção primária e também da atenção secundária estão os Primary Care Trusts, que além de fazerem a cobertura de áreas maiores do que a de cada centro de saúde, são responsáveis pela contratação de todos os profissionais de saúde e pela execução de todas as políticas de saúde da área circunscrita. Em comparação à estrutura do SUS, os PCTs corresponderiam mais aproximadamente às Secretarias Municipais de Saúde.

Os PCTs vêm passando por reformas importantes em um processo de descentralização que começou há cerca de 20 anos. A intenção dessa reformas é aumentar o poder decisório dos GPs para que eles possam cada vez mais defender quais são as necessidades e prioridades locais e desenvolver sistemas, estratégias e serviços de forma coerente, o que não pode ser definido e decidido de forma centralizada pelo Ministério da Saúde do Reino Unido.

Os GPs sempre tiveram a função de porta de entrada (gatekeepers) do sistema, desde a criação do NHS em 1948. Assim, são os GPs que coordenam a “viagem” do paciente pelo sistema, e, por meio dos PCTs distribuem os recursos para a atenção primária e secundária, o que será reforçado com os Clinical Commissioning Groups (CCGs), que no ano de 2013 iniciam processo de substituição dos PCTs, acrescentando aos GPs também a função de desenhistas do sistema.

Embora os GPs sejam treinados para exercerem sua profissão e sua qualidade seja assegurada por provas de revalidação e sistemas desenvolvidos especialmente para isso, como o General Medical Council (Conselho Médico Geral), eles não são devidamente formados para gerenciar o trabalho administrativo, burocrático ou até mesmo lidar com ações de epidemiologia ou interferências políticas. Eles são preparados para lidar com situações clínicas e biológicas. Além disso, o NHS é um sistema que, apesar de maduro, ainda é predominantemente um “sistema nacional de doença”, cujo financiamento é orientado principalmente a serviços prestados no tratamento de doenças e não para cuidar, manter e promover a saúde. Para mudar esse paradigma, os CCGs precisarão gerenciar todo um novo processo e contar com apoio técnico e político.

No NHS, a atenção primária realiza 80% dos serviços e ações de saúde, os demais 20% são referenciados, encaminhados ao hospital por meio do GP ou realizados diretamente em casos de emergência ou de alguma doença sexualmente transmissível, exceção criada a

partir da epidemia de HIV. Dos 80% dos casos atendidos pelos GPs, 10% são encaminhados ao hospital para serviços de atenção secundária, e destes, 1% são casos que necessitam de serviço superespecializado, do nível terciário, como Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e doença renal, por exemplo.

Uma das falhas apontadas na estrutura e funcionamento do NHS é a tímida participação dos usuários no sistema, que têm uma voz muito fraca no sistema como um todo. Mesmo diante desse fato que se tornou comum, pode-se apontar, como mecanismo de escuta ao usuário, que a maioria dos centros de saúde possui grupos de usuários que podem tomar decisões, informá-las aos médicos e criticar o serviço.

No nível de cobertura dos PCTs, está sendo criado um órgão que considera a opinião dos usuários para estimulá-los a terem uma voz crítica de qualidade e prestação de serviços na área local. Em princípio, a opinião dos usuários deveria ser defendida pelo GP, teoricamente um representante do povo. Os PCTs também realizam levantamentos anuais, mediante inquérito populacional, acerca da atenção primária, secundária e dos serviços comunitários, produzindo resultados sobre a satisfação das pessoas quanto a acesso, qualidade etc. Existe ainda o Care Colletive Commissioning (Comissão de Cuidados de Qualidade), instância que assegura que intercorrências negativas para o paciente sejam evitadas.

Outro ponto negativo identificado no NHS foi a grande variação na qualidade do atendimento em cada área geográfica, fazendo com que a prestação dos cuidados em saúde tenha alta qualidade em alguns lugares e baixa qualidade em outros, dependendo do desempenho de cada GP. Além deste, a oferta de serviços de atenção primária cresceu muito nos consultórios particulares dos GPs e nos Walk-in Center.

Os Walk-in Center são centros onde funcionam cuidados prestados por enfermeiros e em horários mais flexíveis que o horário dos centros de saúde, que funcionam basicamente no horário comercial, prescindindo, portanto, de registro ao GP, o que tem resultado em quebra da continuidade dos cuidados geralmente coordenada pelo GP. Esta situação se agrava com a presença de imigrantes, que não conhecem bem o NHS e procuram em primeira instância os serviços secundários e terciários, diferente dos britânicos, que estão habituados à lógica de funcionamento do NHS no decorrer de seus mais de 60 anos de criação.

Outro problema foi o aumento da tensão entre continuidade do cuidado e qualidade do cuidado, pois o médico pode ficar muito à vontade quando tem a certeza de que

ele vai ser sempre o médico daquela pessoa, não se estimulando para aumentar a qualidade de seu atendimento. Neste caso, introduziu-se uma política de maior poder de escolha do paciente, que passou a poder escolher ser atendido pelo próprio médico GP ou em um Walk-in Center, criando uma pressão para aumentar o nível de qualidade de atendimento dos GPs, considerando-se que os GPs precisam de um mercado, ou seja, precisam entender o paciente não como um paciente, mas como um consumidor do serviços.

Para diminuir tais dificuldades, manter os aspectos positivos do sistema e melhorar seu funcionamento, o NHS possui, por exemplo, os National Service Frameworks, que são como guias, protocolos que, apesar de não regularem a qualidade da prestação do serviço, indicam a melhor maneira de realizar um serviço, de como lidar com problemas como doença cardíaca, doença respiratória, câncer etc. Os National Service Frameworks são estruturados em metas, objetivos, divisão de responsabilidade clínica e padronização de cada cuidado, sendo bastante úteis para pacientes em geral, guiando procedimentos comuns e os desfechos clínicos mais prováveis.

Durante os últimos 10 a 15 anos, quanto ao padrão de cuidado em nível nacional os National Service Frameworks foram bastante úteis. Entretanto, para os pacientes que sofrem de várias patologias diferentes, como diabetes, hipertensão e doença cardíaca, torna-se complexo para o GP adotar várias frameworks, pois geralmente o paciente precisa seguir diversos encaminhamentos prescritos por diferentes especialistas e cabe ao GP coordenar esse cuidado de forma diferenciada e utilizar os protocolos de maneira mais eficiente, considerando que em geral eles seguem os protocolos para cada área técnica adequadamente. Quando foram implantados, os National Service Frameworks conduziram um processo motivador para os clínicos e para os PCTs no desenvolvimento de seus sistemas locais, porém, atualmente eles perderam sua força e existem como políticas locais.

Também no nível ministerial, existe um formulário embasado numa fórmula para definir a quantidade de recursos que podem ser distribuídos para cada local, de acordo com este cálculo e com as necessidades de saúde da população. Também tem outra forma de regulação utilizada pelo Ministério da Saúde, o MONAT, órgão público que regula o nível de competição e o desempenho financeiro-administrativo do sistema, das entidades, dos CCGs, dos hospitais, dos GPs, assegurando que exista um nível saudável de competição entre os prestadores de serviços.

5.5.5 Financiamento do National Health Service

O NHS não possui um orçamento global claramente definido para os serviços de atenção básica e secundária, individualmente. Existe uma divisão artificial dos recursos, gerando uma tensão constante, diferente de outros países como Singapura e EUA, que têm um orçamento global, gerenciado por uma equipe que se responsabiliza por todos os serviços e que não distingue o orçamento que se paga ao hospital ou ao GP, ao passo que no Reino Unido o orçamento do GP e do hospital são diferenciados na prática.

Apesar de 80% dos serviços se concentrarem na APS, apenas 22% do orçamento é destinado à atenção primária, sendo que 10% destes são para cobertura do contrato GMS dos médicos generalistas, ao passo que os demais 78% dos recursos financeiros do NHS se destina ao serviço secundário. Os PCTs detêm 90% da gestão do orçamento para a saúde, que tem um custo global em média de 116 bilhões de libras esterlinas ao ano.

A definição do orçamento das atividades hospitalares não é muito transparente, não é possível dizer “olha uma pneumonia no hospital custa 80£”. Existe um processo de negociação, os hospitais e serviços informam suas atividades e uma média de quanto elas possam custar. Basicamente essas atividades são tarefa fixa, que não pode ser ultrapassada, mas é tarefa a ser negociada e precisa ser paga, geralmente por dia. Assim, considera-se o procedimento e o diagnóstico, mas também o tempo e o tipo de enfermaria onde os serviços são prestados, por exemplo, as atividades realizadas numa UTI serão mais dispendiosas do que aquelas realizadas em clínica médica. Essas informações, entretanto, não são averiguadas por quem delibera o orçamento.

Existe um programa de incentivos financeiros para eficiência em melhores desfechos clínicos e outros processos do médico dentro do centro de saúde, é o Care Collective Commissioning. Esse programa começou em 2004 e alcançou melhorias no nível de atendimento de qualidade no país como um todo, mas não obteve o sucesso esperado tendo em vista o custo necessário para executá-lo e por medir somente processos, em detrimento dos desfechos clínicos finais.

Quanto à universalidade do NHS, o limite de prestação de serviço pelo setor privado era 15%, todavia, isso tem aumentado para 49% em relação às atividades prestadas pelo setor público. Isso denota que a marca do NHS como um sistema eminentemente público está mudando.

5.5.6 A continuidade dos cuidados no National Health Service

A atenção básica é organizada de duas maneiras importantes, *primeiro contato e porta de entrada* para o uso do sistema como um todo. Todas as pessoas possuem número de registro no NHS, com função semelhante a do Cartão Nacional de Saúde, porém, sem cartão. Esse número é registrado a um GP, que é um provedor particular ligado ao NHS e que tem duas funções primordiais: continuidade de cuidados e porta de entrada, para evitar o uso desnecessário do serviço de saúde.

A continuidade dos cuidados ofertada pelos GPs é ainda mais valorizada pelos idosos, que geralmente têm doenças crônicas e são atendidos por vários especialistas. Enquanto o GP os acompanha comumente por toda a vida, mesmo quando os idosos mudam de área geográfica faz-se um esforço para mantê-los registrados ao mesmo médico GP.

A atenção primária tem ainda a importante função de assegurar uma rede de serviços completos e universais de acordo com as necessidades da população, além de coordenar os cuidados. Cada paciente faz uma “viagem” ao sistema, começa em um primeiro momento com o GP, que coordena a referência ao sistema secundário, ao hospital, quando o paciente vai ser consultado e recebido pelo especialista. Depois o paciente volta ao médico generalista com uma contrarreferência.

Sem a referência do GP, não é possível acessar nenhuma outra parte do sistema de saúde, a única exceção é para os casos de urgência/emergência, que podem ser atendidos por demanda espontânea, assim como em caso de DST/AIDS. Mas qualquer especialidade, serviços de cardiologista, dermatologista, psiquiatra, ginecologista, obstetra etc., necessariamente passa primeiramente pelo médico generalista.

O GP não tem limites de referência, o que existe é uma política local que incentiva todos os PCTs a não fazerem referências desnecessárias, haja vista que uma referência é muito onerosa para o sistema, por exemplo, um cardiologista é mais caro do que o GP, então há um trabalho que é sempre feito nos PCTs na tentativa de comparar o GP com o outro, “olhe você está fazendo muitas referências para o cardiologista, será que todas são necessárias? Vamos ver o que você pode fazer dentro do seu centro de saúde para tentar diminuir o número de referências que você faz? Talvez você possa trabalhar com um parceiro, com um GP dentro do centro de saúde, esse GP talvez tenha um interesse especial em

cardiologia e você pode referenciar um paciente a ele em primeira instância e só depois, se não puder resolver a questão, encaminhar ao cardiologista”.

Essa problematização, esse processo de comparação e feedback, de retroalimentação, é um processo contínuo e é um trabalho realizado de forma permanente com os GPs. Existem muitos outros protocolos e guias em nível local, regional e nacional que apoiam os GPs no momento de tomar uma decisão, “só esse tipo de paciente deve ser encaminhado ao cardiologista, só se ele tem todos esses critérios, só nestes casos você deve referenciar, deve encaminhar ao cardiologista”, isso é uma outra maneira de tentar diminuir o número de encaminhamentos.

Em relação ao prontuário utilizado pelo NHS, ele é eletrônico em alguns PCTs, mas não é em rede. O prontuário fica dentro da clínica, impossibilitando que os demais médicos o acessem em outras clínicas. Tem-se realizado muitas ações para integrar o serviço de atenção primária e o serviço secundário, para que o médico especialista, no hospital, possa acessar o mesmo prontuário que o médico generalista utiliza. Este fluxo não está bem desenvolvido, assim como não é possível compartilhamento do prontuário entre médicos generalistas.

Além disso, quanto à prescrição medicamentosa, os únicos profissionais que podem prescrever receita são os médicos GPs. Os médicos especialistas só podem fazer prescrições para medicamentos disponíveis dentro do hospital. No caso dos medicamentos disponíveis no NHS, nas farmácias públicas, somente médicos generalistas podem prescrever. Vale ressaltar que a farmácia no hospital é diferente da farmácia na comunidade e o preço do medicamento no hospital é diferente da comunidade. Isso faz com que o usuário do NHS retorne sempre ao GP com a contrarreferência do especialista e em caso de terapia medicamentosa é o GP quem a prescreverá.

5.5.7 Atual reforma do National Health Service

Em tese, a entidade pública que faz o contrato com os médicos GPs é que mudou, de PCT para CCG, mas a relação, a forma de contratação permanece a mesma. Isso porque as reformas que estão acontecendo no atual momento são basicamente continuidade das reformas antigas de 1997, quando o mercado interno foi introduzido pela primeira vez no NHS. Essencialmente, o objetivo da reforma atual é dar mais poder à atenção primária em

lugar dos hospitais, o princípio é deslocar recursos dos hospitais e colocar nas mãos dos próprios GPs.

O NHS garante que nenhuma dessas mudanças vai afetar a forma como o usuário acessa os serviços públicos de saúde na Inglaterra. O registro ao GP, como obter uma receita médica e o modo como é encaminhado para um especialista não vai mudar. A saúde permanecerá com livre acesso, financiada por impostos e com base na necessidade e não na capacidade de pagamento (UNITED KINGDOM, 2013).

Essa reforma terá efeito sobre os gestores, que tomam as decisões sobre os serviços do NHS, como esses serviços são comissionados, a forma como o financiamento é utilizado sofrerá mudança. Algumas organizações, tais como PCTs e SHA - Strategy Health Authority (Autoridades de Saúde Estratégicas) serão abolidos, e outras novas organizações, como CCGs tomarão seu lugar. Os serviços do NHS serão abertos à concorrência de fornecedores que atendam às normas de preço, qualidade e segurança, que contarão com um novo regulador (Monitor). Existe uma expectativa de que a grande maioria dos hospitais e outras trusts tornem-se fundação no ano de 2014 (UNITED KINGDOM, 2013).

As Autoridades Locais terão um papel maior, assumindo a responsabilidade por orçamentos para a saúde pública e promoção da saúde. Deverão buscar saúde e bem-estar e encorajar a integração do trabalho entre comissários de serviços em saúde, assistência social, saúde pública e serviços para crianças, envolvendo representantes democraticamente eleitos pelos povos locais. As Autoridades Locais devem trabalhar mais próximo a outros provedores de saúde e de cuidados, grupos da comunidade e agências, utilizando seu conhecimento das comunidades locais para enfrentar os desafios, tais como fumo, álcool e abuso de drogas e obesidade.

Um dos objetivos dos Clinical Commissioning Groups é trazer financiamento dos hospitais públicos para a APS, que precisa ser fortalecida cada vez mais, pois a atenção hospitalar ainda concentra a maior parte dos recursos do sistema de saúde. Entretanto, até o final do ano 2012, as novas reformas perderam oportunidades e os CCGs não estavam sendo fortalecidos o suficiente para conseguirem fazer essa transição.

Os CCGs basicamente terão o orçamento global para os serviços de saúde naquele local de sua responsabilidade e poderão contratar os serviços para a atenção primária e também atenção secundária e terciária. Segundo Greaves *et al.* (2012), aos CCGs, que deverão ser liderados por GPs, será repassado o controle de 60% da orçamento do NHS. Com

essa mudança, existe a expectativa de que haverá uma tensão entre os CCGs e os hospitais, porque atualmente os hospitais fazem a gestão de seus próprios recursos que recebem do governo, e os CCGs poderão reduzir cada vez mais esse financiamento do hospital e devolver à atenção primária.

Atualmente, na iminência da reforma dos PCTs para os CCGs, os GPs têm duas funções, primeiramente fornecer serviços de atenção primária à população, segundo, têm o papel de coordenar, comprar serviços, contratar, mas com os CCGs eles irão fazer uma parte muito mais importante no desenho do sistema local. Esse commissioning process não é uma reforma repentina, os GPs têm tido um papel importante no commissioning de serviços de atenção primária desde a década de 90, quando houve uma reforma com a ministra, naquela época Margareth Thatcher. O papel deles naquela época e atualmente é basicamente aconselhar os tomadores de decisão acerca de processos de gestão do sistema. Com os CCGs haverá uma evolução desse processo, desse papel, e terão não só a função de aconselhar, mas eles próprios poderão tomar essas decisões.

Os CCGs terão como papel contratar serviços para a comunidade, a maioria dos serviços hospitalares e saúde mental. Serão constituídos por grupos de GPs, substituindo, assim, os PCTs. Os CCGs não terão recursos para contratar serviços de atenção primária, pois essa será função de um órgão público em nível nacional, chamado National Commissioning Board (NCB), um comitê nacional de commissioning, de contratação. O NCB terá o papel de contratar serviços altamente especializados, como cuidados intensivos pediátricos, cuidados renais, HIV, câncer e também os serviços de atenção primária, além de alguns serviços de saúde pública.

Existe um conflito de interesses muito grande, aparentemente, se os CCGs contratassem o serviço de atenção primária haveria um conflito de interesse, porque eles são médicos da atenção primária e por isso não podem contratualizar eles mesmos, seus próprios serviços, porque eles também são autônomos, e por isso é o NCB que faz essa contratualização. Por outro lado, os CCGs poderão contratualizar serviços especializados referentes à atenção primária, serviços muito específicos, que em geral estão no National Service Framework, e que são diferentes daqueles do contrato global que fica com o NCB, o GMS. Enquanto o sistema trabalha com os PCTs, quem contrata toda a atenção primária são os próprios PCTs.

O NCB terá o papel mais abrangente do NHS no sentido de garantir os melhores resultados para os pacientes. Funcionará em níveis subnacionais e locais, com um modelo

operacional único, através do setor e das equipes locais, fazendo a gestão local de funções que incluem relações do cotidiano dos CCGs, comissionamento de funções diretas, funções de liderança profissional e clínica e a gestão de relacionamentos de interesse local.

Quanto à contratação de serviços hospitalares, o CCG não tem capacidade para fazê-la sozinho, pois sua área de cobertura é muito menor que a área do hospital, cuja área tem vários CCGs, o CCG vai contratar outro órgão, outra entidade, o Commissioning Support Units (CSUs), para apoiar a contratualização dos serviços hospitalares com alcance para vários CCGs, que deverão se organizar para receber esses serviços.

As recentes reformas criam um sistema um pouco mais fragmentado do que antes e aumentam as chances de duplicar os processos, porém, as CSUs facilitam o processo de commissioning comparado ao que se tem atualmente, pois ela é muito maior do que o atual PCT e futuro CCG, que não têm a capacidade que essas unidades têm para fazer a contratualização dos hospitais. Neste sentido, as CSUs têm muito mais poder e influência e conseguem desenvolver contratos mais diferenciados e, portanto, como consequência dessa capacidade, mais eficientes.

O novo sistema tem vantagens, mas também tem riscos, e um dos possíveis riscos é para o GP que atende no nível assistencial, que poderá se sentir totalmente desarticulado do processo de contratualização, pois tudo ficará sob responsabilidade do CCG e ao GP caberá apenas cumprir ordens, passando a ter uma voz fraca no sistema. Assim, onde o GP vai referenciar seus pacientes não será mais uma definição ditada por ele, mas sim pelos contratos criados pelos “donos” do sistema.

Apesar disso, há que se considerar que alguns médicos que trabalham na assistência também farão parte da composição dos CCGs. Haverá uma seleção de médicos interessados em fazer esse papel de gerência, produzindo variedade de perfis, em que alguns preferem passar um tempo como GP e depois como parte do CCG, mas a maioria dos GPs prefere trabalhar dois dias no CCG e dois dias no centro de saúde. Isso também é um aspecto positivo da nova reforma, porque o GP pode ter essas duas experiências, na assistência e também na administração e gestão do sistema, que lhes permitirá sentir os processos consequentes da reforma e poderão influenciar esses processos ao mesmo tempo.

Em geral, haverá mais benefícios e a intenção é melhorar a experiência do paciente ao percorrer o sistema, aprimorar o processo de contratualização, com intuito de

conseguir criar eficiências, e reduzir custos no sistema como um todo, por meio desta mudança na governança do sistema e do fortalecimento da atenção primária.

Antigamente, a atenção primária era considerada o “primo pobre” do sistema de saúde, com financiamento escasso, contando com poucos recursos, alocados em sua maioria na atenção especializada (secundária e terciária), embora a atenção primária mantivesse o *status* de coração do NHS. É neste sentido que o NCB vai beneficiar a atenção primária, pois ele irá formalizar bastante o papel de *commissioning* e contratualização de APS, de forma séria e qualificada, não somente por meio de aumento de recursos, mas de uma contratualização mais apropriada. O NCB terá recursos significativos e poderá utilizá-los como incentivos financeiros.

O projeto do NCB inclui estruturas de governança corporativa e modalidades de gestão. O Conselho terá três componentes em sua estrutura de governança corporativa: o Conselho de Administração, um Comitê de Auditoria e um Comitê de Remuneração. Uma força de trabalho total geral de cerca de 3.500 funcionários já foi assumida como parte da reforma. Destes, em torno de 2.500 funcionários ficarão nos escritórios locais, 200 nos setores e 800 estarão no centro (UNITED KINGDOM, 2013).

A novidade do novo sistema é que os GPs irão receber mais dinheiro, mais recursos de acordo com a base populacional. Eles não receberão uma quantia de dinheiro de acordo com as características da população, vão receber recursos de acordo com a atividade realizada. Isso vai criar certa pressão para aumentar o nível de qualidade das atividades, porque eles serão mais bem remunerados, o que também ocorrerá com os hospitais, onde os recursos serão administrados segundo as atividades prescritas.

O que esse aspecto poderá trazer de negativo é que quando um paciente chegar com uma leve doença respiratória ou um simples desconforto respiratório, pode ser colocado o código de uma pneumonia. Para procedimentos de pneumonia os GPs são mais bem remunerados, isso é uma realidade que já está acontecendo, uma mudança negativa de cultura, é o que no Brasil se chama pagamento por procedimento, e isso aumenta artificialmente o custo global do sistema.

Esta reforma trará consigo uma tensão muito grande, pois pode aumentar a demanda, uma vez que os hospitais passarão a valorizar o paciente como consumidores e terão como objetivo aumentar o nível de qualidade, o que é bom, em primeira instância, mas isso pode criar uma demanda no próprio paciente, pensando que o hospital é lugar mais

qualificado, com melhores serviços de hotelaria, terá a expectativa de receber qualquer investigação clínica de que precisar. A consequência disso é que vai aumentar a demanda por procedimentos hospitalares, porque o hospital terá intenção de oferecer esse serviço, vislumbrando maior financiamento para este fim, ou seja, a reforma poderá criar novas demandas causando um aumento global nos custos.

Além disso, essa reforma não será capaz de diminuir a fila de espera por procedimentos de alta complexidade. Para este caso, o que poderia funcionar seria aumentar o número de horas trabalhadas por médicos GPs e especialistas no serviço público. Porém, os especialistas, especialmente os que têm consultório particular, exigem, para trabalhar depois das 18h, que lhes seja paga a mesma taxa que eles recebem no consultório particular, o que seria insustentável para o NHS.

Uma estratégia que funcionou bem para a questão das filas de espera foi um eficiente sistema de triagem por telefone, que contribuiu para as pessoas se direcionarem ao local de atendimento correto. Esse sistema foi fruto de uma pesquisa do Imperial College, que inclusive publicou esse trabalho.

Em relação ao orçamento global do sistema, o NHS conta com 116 bilhões de libras por ano, sendo 9% para os GPs. Então, um dos avanços no discurso de ampliar o poder dos médicos generalistas foi aumentar seu *status* frente aos especialistas e seus recursos. Eles precisam ter poder e *status*, e, atualmente, existem GPs recebendo um salário de £250 mil por ano, ou seja, eles já possuem essa recompensação suficientemente alta para se sentirem importantes tanto quanto os especialistas hospitalares.

A composição do CCG poderá variar bastante em cada área, um CCG poderá contar com a participação de todos os GPs de sua área, mas em outro local eles podem se organizar de outra maneira. O CCG, eventualmente é uma entidade pública formalizada, que já existia, entretanto, não de maneira formal, não se chamava CCG, era apenas uma associação de GPs no local, trabalhando juntos para definir as necessidades da população. O que vai acontecer é uma evolução, essas associações serão formalizadas e construídas com orçamento e recursos para a gestão daquela entidade e algumas das pessoas dos atuais PCTs irão participar dos CCGs para facilitar a coordenação das atividades.

Os serviços de Saúde da Família e demais funções de apoio serão responsabilidade dos escritórios locais e serão financiados a partir do orçamento de £175 milhões disponíveis para o escritório local, os custos de funcionamento (em média, £3,5

milhões para cada escritório local, além de orçamentos não pagos). Cada escritório local terá em média 50 funcionários, mas esse número vai depender das funções do centro de saúde, que serão baseadas numa avaliação das necessidades locais, do grau de acesso dentro dos custos de funcionamento disponíveis (UNITED KINGDOM, 2012).

Atualmente os PCTs recebem 90% do orçamento global do NHS. Com a reforma, os CCGs irão receber 80% e o NCB, 20%. O NCB também vai comprar serviços do setor privado. Outra novidade, o setor privado, o setor terciário e organizações não governamentais poderão prestar serviços para o público e receber recursos públicos para prestar estes serviços.

PARTE III

**COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS PELA APS EM DOIS SISTEMAS
DE SAÚDE UNIVERSAIS:**

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E NATIONAL HEALTH SERVICE

5.6 Coordenação dos cuidados pela APS em dois sistemas de saúde universais: Sistema Único de Saúde e National Health Service

Na discussão elaborada na Parte II, sobre o caso da Inglaterra, que tem a APS como chave do seu sistema de saúde, observamos que uma característica expressiva do modelo desenvolvido no National Health Service é a forma de contratação dos médicos de família, GPs, e o papel desempenhado por eles, o que impacta diretamente na coordenação dos cuidados pela APS.

Nessa perspectiva, abordamos a questão da fixação do profissional médico na APS brasileira, bem como sua forma de contratação para trabalhar na Estratégia Saúde da Família do Sistema Único de Saúde, para então engendrar a discussão sobre a coordenação dos cuidados nesses dois sistemas universais.

5.6.1 Fixação do médico na atenção primária brasileira e sua forma de contratação para trabalhar na Estratégia Saúde da Família

Os brasileiros entrevistados, gestores federais da atenção primária no período de 2007 a 2011, afirmaram que a fixação do profissional médico na APS do Brasil é um ponto frágil do SUS. Um argumento para essa tese é que a contratação é feita pelo ente municipal e não pelo ente federal, como ocorre, por exemplo, em Portugal, onde o Ministério da Saúde se responsabiliza pela contratação da maior parte desses profissionais e assim garante estabilidade profissional.

O Sujeito “H” ressalta que houve intenções por parte do Departamento de Atenção Básica em criar um incentivo para formação em Medicina de Família e Comunidade e assim qualificar a APS. Essa proposta, no entanto, foi lançada em forma de portaria no ano de 2010, mas logo foi revogada em detrimento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, que estava previsto para ser lançado compreendendo incentivos para pagamento por desempenho às equipes de atenção primária. O gestor entende que a proposta deveria ter se estruturado ainda em 2010, como forma de valorizar o profissional da APS, sua formação e a coordenação do cuidado.

[a contratação médica] é um ponto fragilíssimo, [...] enquanto em Portugal eles trabalham com 7 mil médicos contratados direto pelo Ministério da Saúde, a gente

tem a contratação feita pelos municípios, [...] não fizemos nenhum incentivo, aliás a única vez que a gente tentou fazer isso, que foi uma portaria [...] se não me engano em 26 de dezembro de 2010, [...] que era de pagar diferenciado às equipes que tivessem médico por formação e essa política foi revogada, no entendimento, já vinha a PMAQ, enfim, de que não deveria ter incentivos específicos pra formação médica, que eu acho um equívoco, porque não se pode prescindir do médico bem formado na APS como valor. [...] mais do que a forma de contratação, a valorização da formação dos médicos deveria ser considerada, [...] pra valorizar a coordenação do cuidado [...] em rede, paga diferenciado a esses profissionais que estão fazendo isso, tanto o especialista que devolve pro médico da APS o paciente e determinados procedimentos, como o médico que vai assumir essas atribuições (H).

O Sujeito “F” levanta a questão da segurança e da permanência nos vínculos de trabalho dos médicos de APS. Ele aborda os problemas inerentes à lógica de construir carreiras municipais, ressaltando que existem diversos fatores que influenciam a fixação do profissional (identidade com o trabalho, reconhecimento social, remuneração, perspectiva de carreira, proximidade da família e condições culturais e de desenvolvimento para a família, por exemplo), que no caso de carreiras municipais só é interessante para municípios grandes, ao passo que para municípios pequenos dificilmente um profissional vai se sentir estimulado a permanecer no serviço. Neste sentido, ele afirma que o mais interessante seria que o Brasil adotasse a lógica de carreiras regionais, assim como as necessidades de saúde da população que mora em lugares menos desenvolvidos, que são mais bem atendidas quando dispostas e acessíveis no âmbito de uma região.

O vínculo, independente do modo como ele é contratado, a grande questão é se ele tem segurança naquele lugar que ele tá e se ele tem perspectiva de permanência. [...] O vínculo que qualquer hora ele pode sair e o vínculo que qualquer hora alguém pode tirar ele e ele não querer sair só atrapalha o trabalho dele, agora se o vínculo traz segurança [...] que tem regras [...] e de outro lado se ele consegue planejar a vida dele, se a gente garante permanência e segurança, são bons vínculos pra gente poder ter profissionais que consigam se dedicar, se vincular e organizar a coordenação do cuidado. [...] a gente tem mil coisas, só na fixação de profissionais... por isso que a lógica de carreiras regionais é muito mais interessante do que a lógica de carreiras municipais, carreira municipal é interessante pra município grande, [...] quando você tem um município pequeno, você tem gente que nunca vai passar mais do que cinco anos, seis anos naquele município, então você precisa ter lógica de carreira regional, em que o indivíduo possa atuar ao longo da vida em municípios distintos sem sair da carreira dele (F).

A partir desse dado, levantamos a hipótese de que o principal mecanismo desenvolvido para contratação e fixação do profissional médico no âmbito regional foi os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS), considerados forte mecanismo de regionalização e importante estratégia para o desenvolvimento da atenção secundária (RIBEIRO; COSTA, 2000). Por meio dos consórcios, é possível ampliar e potencializar a capacidade dos municípios em ofertar consultas especializadas. Um estudo realizado mostrando a realidade

de 399 municípios paraenses revelou que destes, 81,5% integravam os CIS, por meio do qual os especialistas são cedidos pelos municípios (4,4%), estado (13,6%), União (12,8%), ou contratados pelo próprio CIS (69,2%). Entretanto, a oferta de consultas especializadas é insuficiente ou sua distribuição é inadequada, havendo ainda falha no mecanismo de referência e contrarreferência (NICOLETTO; CORDONI JR.; COSTA, 2005).

O Sujeito “I” afirma que a forma de contratação do profissional médico no Brasil não favorece a coordenação dos cuidados pela APS, mas que prejudica especialmente o atributo longitudinalidade, situação que se agrava em municípios menores. Ele explica que, à exceção dos municípios grandes, com responsabilidade de fazer concurso público ou plano de cargos e carreiras, a maioria dos municípios tem dificuldade para contratar esse profissional e para fixá-lo. Também reconhece que existem vários fatores que intervêm na fixação do médico na APS que extrapolam a questão salarial, tais como acesso à informação e estrutura de qualidade no trabalho. Além disso, destaca que o Brasil, diferente de outros países, não conseguiu construir estratégias relacionadas ao cônjuge e aos filhos desse profissional, de modo a envolvê-los em estratégias de incentivos à fixação médica nos municípios menores e com poucos atrativos para residir por muito tempo.

[a contratação médica] não favorece muito, na questão... tirando os grandes municípios que conseguem fazer concurso público ou fazer um plano de cargos, na maioria dos lugares tem uma grande dificuldade de fazer contratação... Tem a questão de capacitação também, que faz parte. [...] tem outras coisas que fixam os profissionais [...] não estão ligadas diretamente ao sistema de saúde, [...] coisas que... claro o município pequeno não vai conseguir construir, por exemplo, lazer essas coisas mais difíceis não vai fazer pra fixar o profissional, vai fazer pra população em geral, mas a questão do cônjuge, dos filhos tem alguns outros países que já trabalham essas questões, [...] outra coisa que também ajuda muito a fixar e que a gente tem que evoluir no Brasil que é a questão de dar estrutura de qualidade pro profissional trabalhar, [...] e além disso ter o referenciamento adequado, quando ele precisar de apoio diagnóstico ou apoio de outros profissionais... (I).

Um estudo sobre a satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do PSF apontou como fatores de satisfação no trabalho que se correlacionam com a rotatividade a capacitação, a distância das unidades de saúde e a disponibilidade de materiais e equipamentos para realização das atividades profissionais (CAMPOS; MALIK, 2008).

O gestor aponta como principal justificativa para tal fato as diversas formas de contratação existentes no Brasil, que incluem contrato temporário, pagamento ao profissional autônomo por Recibo de Pagamento ao Autônomo (RPA), e até mesmo contrato verbal, sem nenhuma garantia trabalhista. Desse modo, o gestor defende a construção de contratos em regime de Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) bem estruturados e com garantia de

permanência, e não temporário. Ele acredita que seria um grande avanço, mas que para isso a legislação brasileira deveria ser desburocratizada, pois a mesma não permite essa facilidade, o que tem levado à realização de alguns esforços paralelos, como a criação de fundações estatais e a introdução de organizações sociais de saúde em alguns lugares, mas defende que o ideal seria que a legislação brasileira não fosse tão burocrática para que isso pudesse ser feito de forma direta entre municípios e profissionais.

[...] a gente tem as mais variadas formas de contratação, desde pagamento, contrato verbal (de boca), até pagamento por RPA ou pagamento contrato temporário, [...] com certeza não favorece principalmente a questão da longitudinalidade, [...] tem uma evolução histórica, mas é muito difícil de ser consolidado, principalmente nos pequenos e médios municípios. [...] particularmente acho que um contrato por CLT bem estruturado seria muito melhor [...] já traz várias garantias que são muito pertinentes e que são melhores, por exemplo, do que a gente tem em outros países. Então como há essa dificuldade com contrato, com concurso, de carreira, se houvesse uma facilitação, pelo menos uma facilitação de uma contratação CLT que não fosse temporária, que fosse permanente, seria um grande avanço. Algumas coisas foram feitas nesse sentido, como a fundação estatal, [...] a introdução de algumas organizações sociais de saúde em alguns lugares, mas o ideal é que a nossa legislação fosse desburocratizada e que isso pudesse ser feito de forma direta com os municípios... (I).

Os gestores também falaram sobre a mudança na carga horária médica, generalistas, especialistas em Saúde da Família ou médicos de Família e Comunidade, colocada pela Política Nacional de Atenção Básica de 2011. Para maior compreensão das novas possibilidades de contratação médica na APS brasileira, elaboramos um quadro (Quadro 9), onde visualizamos facilmente as novas modalidades criadas pelo Ministério da Saúde na intenção de ampliar a integração desses profissionais às equipes de APS.

Quadro 9 – Carga horária médica de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica de 2011

Nº de médicos e carga horária semanal	Nº de equipes equivalentes	Nº de equipes para repasse financeiro federal
2 médicos de 30h/sem.	1 equipe	Repasse integral referente a 1 equipe
3 médicos de 30h/sem.	2 equipes	Repasse integral referente a 2 equipes
4 médicos de 30h/sem.	3 equipes	Repasse integral referente a 3 equipes
2 médicos de 20h/sem.	1 equipe	Repasse de 85% referente a 1 equipe
1 médico de 20h/sem.	1 equipe	Repasse de 60% referente à 1 equipe*

Fonte: Elaboração própria.

*Equipes Transitórias, para as quais se recomenda uma média de 2.500 pessoas.

Foi questionado aos gestores se eles consideravam que essa mudança poderia interferir na coordenação dos cuidados pela APS. De modo geral, eles consideraram a mudança como algo positivo, frente à realidade brasileira e os reais desafios práticos, mas não se eximiram de ponderar acerca dessa mudança. As opiniões dos entrevistados foram semelhantes, mas com ênfase diferenciada para alguns aspectos consequentes à flexibilidade na carga horária concedida aos profissionais médicos.

O Sujeito “F” acredita que depende de como o gestor municipal faz a gerência desses casos e cita o caso de outros países que também trabalham com carga horária médica flexível. Já o Sujeito “I” não apresentou críticas ao formato da política neste quesito, pois acredita que esta é uma forma de ser coerente com a realidade brasileira e trabalhar sobre problemas antigos que precisam ser enfrentados.

[...] depende de como você monta, você tem vários desenhos possíveis, por exemplo, a gente fala muito da... Portugal, Inglaterra, Canadá... nenhum deles são 40hs, tem vários vínculos diferentes, eles têm 12hs, 20hs, 30hs, o lance é como você organiza... (F).

[...] o melhor vínculo seria o médico estando lá todos os dias e acompanhando a população... chegou um tempo que não tinha como fugir muito disso, [...] não tenho críticas quanto a isso... (I).

Por outro lado, o Sujeito “H” acredita que os médicos com jornada de trabalho na APS de 20h/semana não irão realizar o cuidado de forma integral nem longitudinal, e que por isso provavelmente não terão condições de coordenar os cuidados. E o Sujeito “G” considera que a contratação do médico não está diretamente relacionada à coordenação do cuidado, mas a todos os atributos da APS de forma indireta, porém, trazendo consequências mais graves para a longitudinalidade do cuidado, se considerar o conceito discutido por Starfield, de que esse atributo pode ser medido a partir de quatro anos de vínculo entre o profissional e o usuário, sendo esta uma realidade que não representa a média das equipes na ESF brasileira.

[...] o médico que tá 20hs numa equipe vai fazer atenção de agudos, não vai fazer cuidado integral, ao longo do tempo e provavelmente não vai coordenar o cuidado (H).

[...] não vejo a forma de contratação como uma coisa diretamente relacionada à coordenação do cuidado, [...] o auto *turnover* gera dificuldades pra qualquer um dos princípios, [...] a longitudinalidade que sofre mais, porque, se a gente considerar que a longitudinalidade começa a ser medida a partir de 48 meses de acompanhamento, quatro anos que é o que a Starfield coloca [...] se você pegar isso aí, quantas equipes no Brasil se mantêm durante quatro anos, com esse contrato que nós temos, isso não é a média, não é a maioria, certamente os médicos mudam de lugar, mudam de cidade, porque a forma de contratação gera esse tipo de coisa... (G).

Fontenelle (2012) considera que a flexibilização pode complicar significativamente o processo de trabalho na ESF, podendo diminuir o vínculo das pessoas vinculadas ao médico com os demais membros das equipes. Ele ressalta ainda que a flexibilização, sendo restrita ao médico, abre margem a conflitos com os outros profissionais, mas pode ser importante para os médicos de família e comunidade que desejem compatibilizar a assistência à saúde com atividades de outra natureza, como a docência.

A mudança na PNAB de 2011 é compreendida também como uma atualização necessária à PNAB de 2006 e uma adaptação à realidade, que, todavia, traz novos desafios em sua gestão. Com a presença de mais um médico se responsabilizando por uma mesma população, integrados a uma equipe e numa mesma unidade básica de saúde (UBS), será necessária a integração desses profissionais na discussão de casos comuns. Ao mesmo tempo, a população poderá escolher o médico de sua preferência dentro da equipe responsável por ela, o que aproxima o modelo brasileiro ao de alguns países europeus e Canadá, por exemplo. Além disso, a política abre a possibilidade das equipes das UBS expandirem seu olhar sobre todo o território e não só de sua população adscrita. A PNAB coloca que todas as equipes deverão ter responsabilidade sanitária por um território de referência, podendo ser constituídas equipes com número de profissionais e população adscrita equivalentes a duas e três equipes de Saúde da Família, respectivamente (BRASIL, 2012b).

O que houve foi uma adaptação à realidade, a gente sabe que em algumas realidades do país a gente não consegue esse médico com a carga horária fixa, 40hs, [...] há um certo prejuízo [...] nada impede também quando a gente tem dois profissionais de 20hs, em vez de um de 40hs, que eles consigam se integrar, que eles tenham um tempo juntos, isso é o papel da gestão municipal tá fazendo essa integração, [...] e eles podendo trabalhar dentro da equipe eu acho que foi interessante também porque a gente cria a possibilidade também de uma equipe ser expandida [...]. Então essa questão da população da unidade ser partilhada por mais de uma equipe é interessante porque cria algo um pouco mais próximo do modelo que acontece na Europa, no Canadá, em que a adscrição da clientela é por afinidade, [...] claro, tem certos limites, tem que se colocar certas condições, mas, que pelo menos dentro daquela unidade fica mais fácil de ter uma lista de pacientes adscritos não só por território, o território passa a ser responsabilidade não só de uma equipe, mas de todas as equipes juntas, isso eu acho que é interessante (I).

O entrevistado “F” concorda com a hipótese de que a mudança na carga horária médica é algo positivo, tanto porque possibilita ao usuário uma escolha da qual ele não dispunha anteriormente, no caso das equipes que tiverem mais de um médico, quanto porque a política ampliou o que o Ministério da Saúde entende como Estratégia Saúde da Família preservando a composição da equipe de ESF. Ele afirma que a contratação do médico para

trabalhar por uma carga horária menor era uma realidade que existia na prática, mas não era declarada formalmente pelos gestores.

[...] se você tem o profissional, que ele tem 20hs, mas ele tá em determinados horários e que ele consegue compor uma equipe e tá 20hs sozinho e tem um outro opcional de 20hs e eles cuidam, facilita, [...] ela não fragmentou os profissionais, que eu tenho 30 e você tem 30 ou eu tenho 20 e você tem 20 e tem um enfermeiro aqui e os nossos seis agentes comunitários de saúde, então nós somos uma equipe, [...] pode ser vários desenhos e nós temos os mesmos usuários e temos além de tudo um prontuário eletrônico, eu tenho que negociar com você várias vezes, [...] o usuário escolhe com qual de nós ele quer ser atendido, [...] ele não é obrigado a ser atendido comigo porque ele mora em determinado lugar, [...] posso ter um vínculo, mesmo que você não tenha 40hs, [...] é mais fácil o vínculo de 40hs, em tese é porque vai tá o dia inteiro, mas não necessariamente... A questão da carga horária ela ampliou o leque daquilo que é entendido como ESF [...] na realidade isso acontecia e isso não era declarado, [...] ficava lá o cara que em tese era contratado 40hs, mas ele tava ou 30 ou 20hs e o enfermeiro sozinho, sem ter protocolo, sem ter nada e sem condições de dar conta de quando o profissional não tava, a política [...] identificou essa realidade e falou, se existem essas diferenças de situação... (F).

Ademais, ele destaca a diferenciação nos repasses financeiros, que incentivam os municípios a buscarem constituir equipes cujo médico trabalhe 40 horas semanais, apesar de aceitar os demais formatos propostos na política. Assim, a PNAB criou regras para aceitar outras formas de contratação médica e conseguiu elaborar um mecanismo para proteger os gestores municipais que não conseguem contratar um médico de 40h/semana para APS de seu município devido às dificuldades inerentes a esse processo, possibilitando-os maiores chances de negociação na contratação desse profissional sem recair em improbidade administrativa ao fazê-lo.

[...] diferenciar o repasse de recurso, [...] é uma decisão do gestor, [...] primeira coisa foi diferenciar inclusive o repasse e o [...] cara não ter que ficar ilegal, porque o cara tinha que mentir pro sistema, aí passou a poder declarar e efetivamente o que acontece; segundo, definir regras, se vai ter [...] mais de um médico, eles têm que ser da mesma equipe, [...] das mesmas diretrizes, porque eles são avaliados pelo PMAQ, o PMAQ olha essas coisas, olha se tem vínculo, olha se tem acolhimento, olha se tem intervenção no território, [...]; terceira coisa, a gente dar conta de entender que o Brasil é um lugar que tem muitos postos de trabalho pra médicos e poucos médicos e nesse contexto, ou você dá mais chance do gestor negociar ou ele não vai botar médico pra trabalhar em atenção básica ou ele vai falar que tá botando e não tá botando, [...] correndo o risco de, em nome de fazer uma coisa que é certa, que é cuidar da população dele, ele pode perder os bens, pode dar improbidade administrativa, porque afinal de contas tem que mentir pra um sistema de pagamentos públicos (F).

O entrevistado “H”, entretanto, ressalta que do ponto de vista dos princípios e diretrizes da PNAB, deveria haver profissionais bem remunerados, com formação específica, de preferência com residência em Saúde da Família ou Medicina de Família e Comunidade, que é a formação padrão ouro dos médicos no Brasil. Ele reflete sobre o processo de

implantação da APS brasileira e conclui que o Ministério da Saúde não conseguiu implantar a PNAB e concomitante formar profissionais de saúde aptos para trabalhar na atenção primária e isso prejudica a valorização social da política de saúde orientada pela APS. Neste sentido, o gestor tece uma crítica ao Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab), afirmando que este programa incentiva que médicos recém-formados trabalhem na APS, em detrimento da realização de uma proposta fundamentada em estimular a formação adequada e a fixação dos médicos na APS.

[...] pode ser melhor que nada, mas do ponto de vista da política, [...] precisa ter um profissional bem remunerado, com formação específica, de preferência com residência, que é a formação padrão ouro dos médicos no Brasil [...]. Essa é a crítica agora de uma das políticas, essa de colocar os médicos no interior, é como se pra fazer atenção básica qualquer médico recém-formado pudesse ir [...] os 4 mil e tantos médicos que tão indo pro Provab [...] acho que o Ministério da Saúde não conseguiu, como os demais países fizeram, junto com a implantação de uma Política Nacional de Atenção Primária fazer a mudança na formação dos profissionais de saúde concomitante, e essa é uma fragilidade do sistema, [...] do entendimento que a sociedade tem, será que as pessoas acreditam que uma equipe pode coordenar o cuidado, se não tem o profissional adequado lá, ninguém acredita (H).

Infere-se que o Ministério da Saúde do Brasil vem desenvolvendo formas de alcançar maior equidade em saúde quanto ao acesso ao profissional médico nos recantos mais distantes do país, cujo acesso à saúde é mais difícil.

Neste sentido, o Ministério da Saúde vem dispor de mecanismos e adaptações na Política Nacional de Atenção Básica, flexibilizando a carga horária do profissional médico e criando incentivos como o Provab, que permite aos médicos da APS receber um bônus na pontuação de qualquer prova de residência médica, além de receber bolsa federal no valor de R\$ 8 mil mensais e ter suas atividades supervisionadas por uma instituição de ensino. Recentemente, o governo federal lançou o Programa Mais Médicos, como parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do SUS, que prevê mais investimentos em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, maior presença de médicos em regiões onde há escassez e ausência desses profissionais, além de prever também a expansão do número de vagas de medicina e de residência médica e o aprimoramento da formação médica no Brasil (BRASIL, 2013).

Todavia, o ente federal não conseguiu desenvolver nenhuma política que vislumbre a garantia da permanência desse profissional na atenção primária, residindo este importante desafio à esfera federal, que traz sérias consequências à coordenação dos cuidados pela APS.

5.6.2 Sistema Único de Saúde e National Health Service: sistemas universais com diferentes estratégias de coordenação dos cuidados

O Brasil e o Reino Unido construíram seus sistemas de saúde em distintos momentos históricos e até hoje apresentam diferenças importantes, não só na organização dos seus sistemas de saúde, mas também quanto ao seu modelo de Estado, à sua história, organização social, geográfica, cultural, econômica etc. No entanto, ambos os países fizeram uma opção comum em relação ao setor saúde, o sistema universalista. Tanaka e Oliveira (2007) afirmam que é possível identificar no National Health Service experiências e lições que podem ser úteis ao processo de aprimoramento dos princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade propostos pelo Sistema Único de Saúde.

As diferenças se iniciam no próprio modelo estatal de cada país. O Reino Unido adotou o modelo de Estado unitário e o Brasil, de Estado federativo. A distinção entre essas formas de organização estatal se refere ao modo como a autoridade política dos Estados nacionais é distribuída.

No caso dos Estados unitários, “apenas o governo central tem autoridade política própria, derivada do voto popular direto”. Os governos locais têm sua autonomia mais reduzida do que nos Estados federativos, além disso, sua autoridade política deriva de uma delegação de autoridade da autoridade política central, que garante a unidade do Estado nacional concentrando em si autoridade política, fiscal e militar (ARRETCHE, 2002).

Já os Estados federativos, constituem-se em uma forma particular de governo dividido verticalmente, em que todos os níveis do governo têm autoridade sobre a mesma população e território. Nesse modelo de estado, governo central e governos locais são autônomos, independentes entre si e soberanos em suas respectivas jurisdições (RIKER, 1987). A soberania dos governos locais deriva do voto popular direto, da autonomia de suas bases fiscais e até mesmo de uma força militar própria. As unidades federativas possuem ainda uma câmara de representação territorial no âmbito federal – a Câmara Alta ou Senado –, cuja autoridade legislativa varia entre as federações (LIJPHART, 1999 *apud* ARRETCHE, 2002).

A soberania das unidades federativas no Brasil é bastante sensível aos reveses das conotações políticas que cada contexto histórico impõe. Lassance (2012) descreve alguns destes movimentos e destaca que o federalismo, ao lado do presidencialismo, é instituição central do Estado brasileiro, sendo importante responsável por múltiplas combinações que

marcaram a construção e a transformação do Estado brasileiro ao longo de sua República. Defende que o federalismo traz uma contradição inerente à sua lógica, na medida em que serve, simultaneamente, para unificar um grande território e organizá-lo em unidades menores, estruturando ações em nível nacional; serve, inevitavelmente, para fragmentar as políticas públicas, obrigando a multiplicação de programas na intenção de se adequar às diferentes realidades locais. Assim, o federalismo adensa e fraciona interesses em disputa, o que reforça a unidade e dá espaço à diversidade.

Lassance (2012) descreve que a fundação do federalismo brasileiro, com a Constituinte de 1891, significou a derrota de muitos interesses da União e estabeleceu ampla autonomia dos estados, em uma inversão quase automática do modelo institucional do Império, fortemente marcada pelas divergências na questão tributária entre esses entes. Essa forte autonomia dos estados passou por variações significativas a cada período presidencial, mas a mudança mais radical aconteceu no governo de Vargas, em 1930, caracterizando um novo momento fundador.

Vargas estruturou uma nova equação política presidencial, fortaleceu o Executivo federal e a figura do presidente, esvaziando as funções dos presidencialismos estadual e municipal, cujas práticas ficaram delimitadas em regulamentos administrativos sob o poder central do Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP). Foram emblemáticas a substituição da denominação de “presidentes de estado” pela de “governadores” e a queima das bandeiras estaduais. O elevado rol de competências federais conformou a institucionalização de poderes presidenciais expandidos. O fortalecimento do Executivo federal e do presidencialismo foi justificado pela necessidade de garantir musculatura à progressiva constitucionalização de direitos sociais, à reorganização do serviço público e à montagem de estruturas estatais destinadas a ofertar bens públicos em grande escala, consolidando uma longa trajetória no federalismo brasileiro (LASSANCE, 2012).

A esfera federal se consolidava com progressivo centralismo na execução de suas ações, retirando poder dos estados e municípios e eliminando, na prática, o pacto federativo, haja vista que a esfera central exercia total domínio sobre as esferas estaduais e municipais, configurando uma relação de subserviência entre os integrantes dos poderes instituídos, levando à criação da expressão característica desse período, de que “os municípios por meio dos seus representantes, os prefeitos, viviam em Brasília com o ‘pires na mão’” em relação ao governo federal (ANDRADE, 2006, p. 30).

O terceiro momento decisivo no federalismo brasileiro foi entre 1984, com a campanha das Diretas Já, e o fim da década de 80, com a Constituinte (1987-1988) e as eleições presidenciais de 1989, o que representou sua radical transformação enquanto instituição política. O poder federativo, que antes se concentrou nos estados e depois migrou para o nível federal, adensou-se nesta nova etapa política no ente municipal.

Esta nova fase do federalismo, estimulada por uma tendência mundial em favor da descentralização, nos anos 1980 e 1990, com o reconhecimento e enaltecimento do “poder local”, transformou a histórica relação entre União, estados e municípios, cujo formato tradicional, estabelecido pela Primeira República, associava União e estados e submetia os municípios às diretrizes e ao domínio político estadual. Os municípios despontaram como novos personagens com fortes bases locais sob um quadro político de transformações aceleradas, em um processo de descentralização intimamente associada à lógica do processo de transição democrática. A nova Constituição incorporou um municipalismo de longa tradição no pensamento político, jurídico e administrativo brasileiro, que se arraigou em parcela importante da burocracia (LASSANCE, 2012).

O modelo de atenção à saúde desenvolvido na década de 90 esteve intrinsecamente embasado nesta nova organização estatal. A descentralização associada à diretriz da gestão única resultou em três arranjos formais para o sistema de saúde: os sistemas municipais, estaduais e o nacional. Paralelo a esses três sistemas, a integralidade e a hierarquização induziram à formação de outros subsistemas, como consequência das discussões regionais nos espaços intergestores. Admitiu-se múltiplos partícipes do SUS, fruto de acordos políticos e do desenvolvimento de instrumentos técnico-operacionais necessários à integração e à manutenção da unicidade do sistema, mediante reformulação dos papéis e das funções dos entes governamentais na oferta de serviços, na gerência de unidades e na gestão do sistema de saúde (VIANA *et al.*, 2002).

Foi neste contexto que a atenção primária à saúde brasileira foi estruturada. Em meio a um intenso processo de descentralização das políticas sociais e de municipalização do poder federativo. Portanto, além de tardia, a constituição da APS brasileira já nasce sob gerência em saúde circunscrita às expensas municipais, não havendo nenhuma proposta de fazê-lo sob gerência da esfera federal, vez que o contexto histórico nacional e internacional estava imerso no fortalecimento das bases locais.

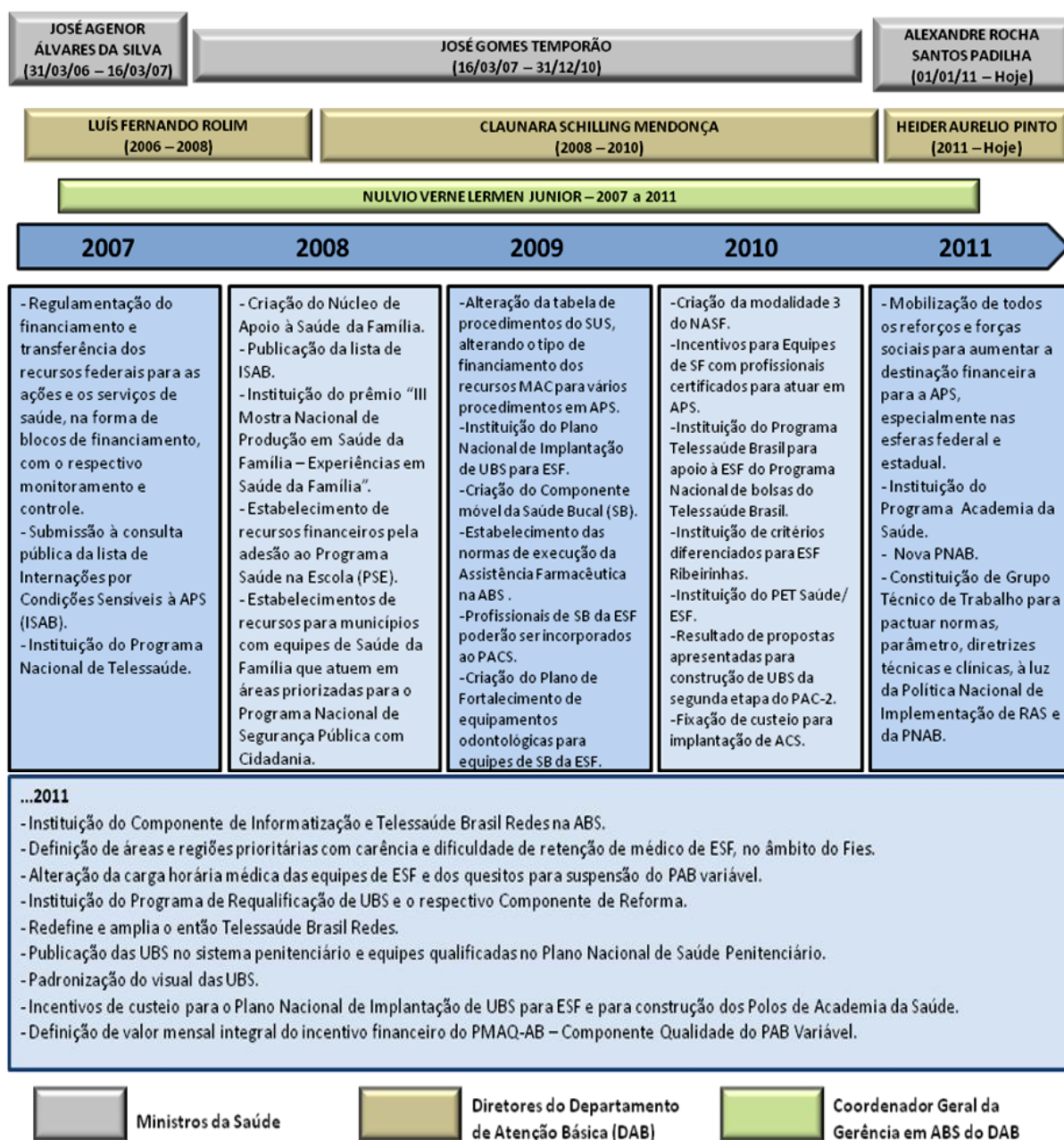
Arretche (2002) sublinha que em Estados federativos a implementação de reformas nacionais tenderia a ser mais difícil do que em Estados unitários, porque os governos

locais têm incentivos e recursos para implementar suas próprias políticas independentemente do governo federal, têm representação no Parlamento para vetar as iniciativas de política que são contrárias a seus interesses, além de poderem simplesmente não aderir à implementação de programas do governo federal.

Apesar de a nova conjuntura abrir essas possibilidades à autonomia municipal, a municipalização e a descentralização marcaram fortemente a década de 90 e permanecem até hoje. Todavia, para lidar com essa configuração, o Ministério da Saúde brasileiro passou a utilizar-se de instrumentos normativos, tal como as Normas Operacionais Básicas na década de 90, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde nos anos 2001 a 2006 e o Pacto pela Saúde a partir de 2007. Assim, o ministério garantiu a manutenção da “famosa técnica da cenoura e da vara”, com a qual a esfera federal, mediante normatização e controle do financiamento, conformava a organização do SUS, desconsiderando as realidades locais e regionais e interferindo na autonomia dos entes federativos estaduais e municipais (SANTOS; ANDRADE, 2007). Essa se constitui na reação do poder federal diante da então inevitável municipalização e descentralização, tendo em vista que era “preciso criar mecanismos mais arrojados de sustentação do poder central”.

Reiteramos a assertiva de que a utilização desses instrumentos normativos ocorreu mediante expedição de vultosa quantidade de portarias, caracterizando a indução federal e a principal forma de expressão formal das decisões do poder executivo no nível nacional. Para ilustrar esse modo de indução ministerial em direção à implementação da Política Nacional de Atenção Básica, construímos uma figura (Figura 3) que ilustra de forma esquemática a sequência histórica de sujeitos que se apresentaram na pesquisa como principais atores da APS na esfera federal, quais sejam, ministros da saúde, diretores do Departamento de Atenção Básica e coordenador da Coordenação Geral da Gerência em Atenção Básica, sistematizando em forma de linha do tempo as principais portarias expedidas no período estudado acerca da atenção primária.

Figura 3 – Linha do tempo dos principais atores da atenção primária no Ministério da Saúde e principais portarias lançadas no período 2007 a 2011



Fonte: Elaboração própria.

A linha do tempo torna evidente a ascensão do processo de indução na PNAB por meio da publicação de portarias, apresentando um salto no ano de 2011, quando a quantidade de portarias consideradas importantes para a APS aumentou significativamente. Ressaltamos que o número total de portarias referentes à atenção primária lançadas no período de 2007 a 2011 é de 696. Esse fato demarca claramente a indução federal da APS de forma normativa, obedecendo a uma lógica organizacional vertical na sua relação com os demais entes federados, ao mesmo tempo em que o Ministério da Saúde não executa na prática (nos

diferentes pontos de atenção à saúde) o que fica estabelecido nestas normativas, sendo esta função um encargo dos municípios, que, por meio da Secretaria Municipal de Saúde obedecem então uma lógica de organização horizontal.

Desse modo, o Sistema Único de Saúde se diferencia sobremaneira do National Health Service, que atua induzindo e simultaneamente operando o sistema de saúde sob um comando central, guardando coerência com seu modelo de Estado unitário.

Nessa perspectiva, inferimos que o sistema de saúde brasileiro traz em seu cerne uma contradição referente ao modelo de Estado federativo na sua relação com o modelo de gestão adotado, decorrente dos processos de municipalização e descentralização, que tornaram complexa a coordenação dos cuidados pela atenção primária devido a essa situação que ficou desalinhada, tendo em vista que a APS é induzida no âmbito federal como coordenadora dos cuidados, mas que, muitas vezes, obtém uma resposta local insuficiente e o usuário do sistema não sente essa indução na prática, mas sim a segmentação do sistema, que ocorre justamente nesse desencontro interfederativo da política de saúde.

O sistema de saúde brasileiro configurou-se, por conseguinte, em um modelo oblíquo, diferenciado por agregar ações verticais e horizontais no entrelaçamento das autoridades federais, estaduais e municipais, com considerável prejuízo para o atributo coordenação dos cuidados da APS.

Por modelo de organização de serviços de saúde com integração vertical, compreende-se os serviços geridos por um único comando de gestão (VÁZQUEZ, 2012, p. 96), baseado numa comunicação fluida entre as diferentes unidades produtivas dessa rede, ou seja, todos os pontos de atenção à saúde são geridos pela mesma instância gestora, que integra os sistemas de apoio e os sistemas logísticos em uma rede, desde a APS até a atenção terciária à saúde, e efetiva sua comunicação com o emprego de potentes sistemas logísticos (MENDES, 2011, p. 76).

Ao passo que a integração horizontal visa promover o adensamento da cadeia produtiva da saúde, por meio de fusão ou aliança estratégica. A fusão ocorre quando duas unidades produtivas, por exemplo, dois hospitais, se fundem num só, aumentando a escala pela soma de leitos de cada um e diminuição de custos, ao agregar determinados serviços administrativos anteriormente duplicados, como a unidade de gestão. No caso da aliança estratégica, as duas unidades produtivas são mantidas e coordenadas de modo a

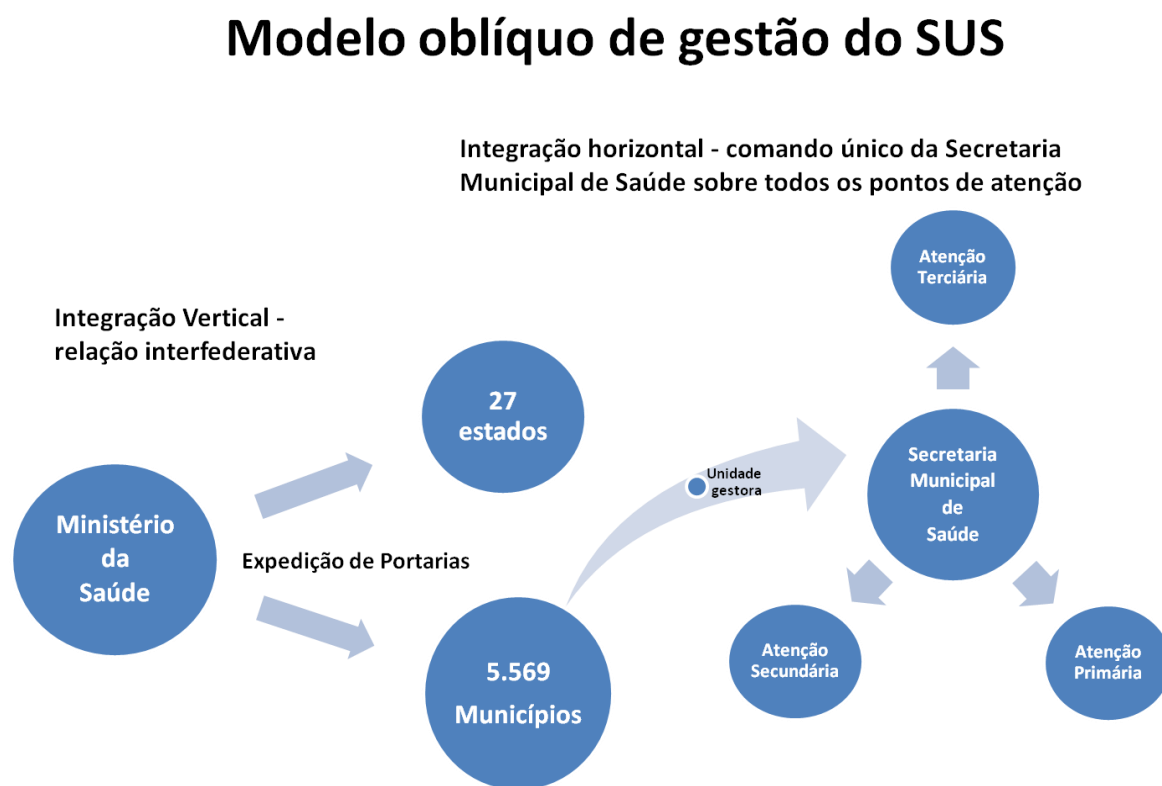
especializarem-se numa carteira de serviços, eliminando-se a competição entre eles (MENDES, 2011, p. 76).

Na construção de redes de atenção à saúde os dois conceitos devem ser observados. São conceitos desenvolvidos na teoria econômica e que estão associados a concepções referentes às cadeias produtivas. A integração horizontal se dá entre unidades produtivas iguais, com o intuito de adensar a cadeia produtiva e, assim, obter ganhos de escala e maior eficiência e competitividade. A integração vertical, ao contrário, se dá entre unidades produtivas diferentes para configurar uma cadeia produtiva com maior agregação de valor (MENDES, 2011, p. 76).

Sendo o Brasil um Estado federal, conforme disposto no Art. 18 da Constituição Federal – A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição –, apresenta muitas dificuldades jurídico-administrativas para organizar e operar esse sistema. Pode-se inferir que o SUS se trata de um modelo mais afeito a um Estado unitário, pois todos os serviços dos entes federativos devem “integrar-se, constituir uma rede de serviços e ser um único sistema”, capaz de garantir ao indivíduo a integralidade de sua saúde (SANTOS; ANDRADE, 2011).

Chegamos à conclusão que a gestão do SUS, e, portanto, da atenção primária à saúde brasileira, ocorre de forma oblíqua, quando observamos (Figura 4) que a integração vertical se dá na relação interfederativa, em que o Ministério da Saúde se relaciona com diferentes unidades produtivas (27 estados e 5.569 municípios) induzindo a política de saúde por meio da expedição de portarias, que regulamentam de forma detalhada cada política nacional de saúde; e os municípios se relacionam com os serviços de atenção primária, secundária e terciária e seus respectivos pontos de atenção na prática, sendo a Secretaria Municipal de Saúde dotada de comando único, configurando o que denominamos aqui de Modelo oblíquo de gestão do SUS.

Figura 4 – Modelo oblíquo de gestão do SUS



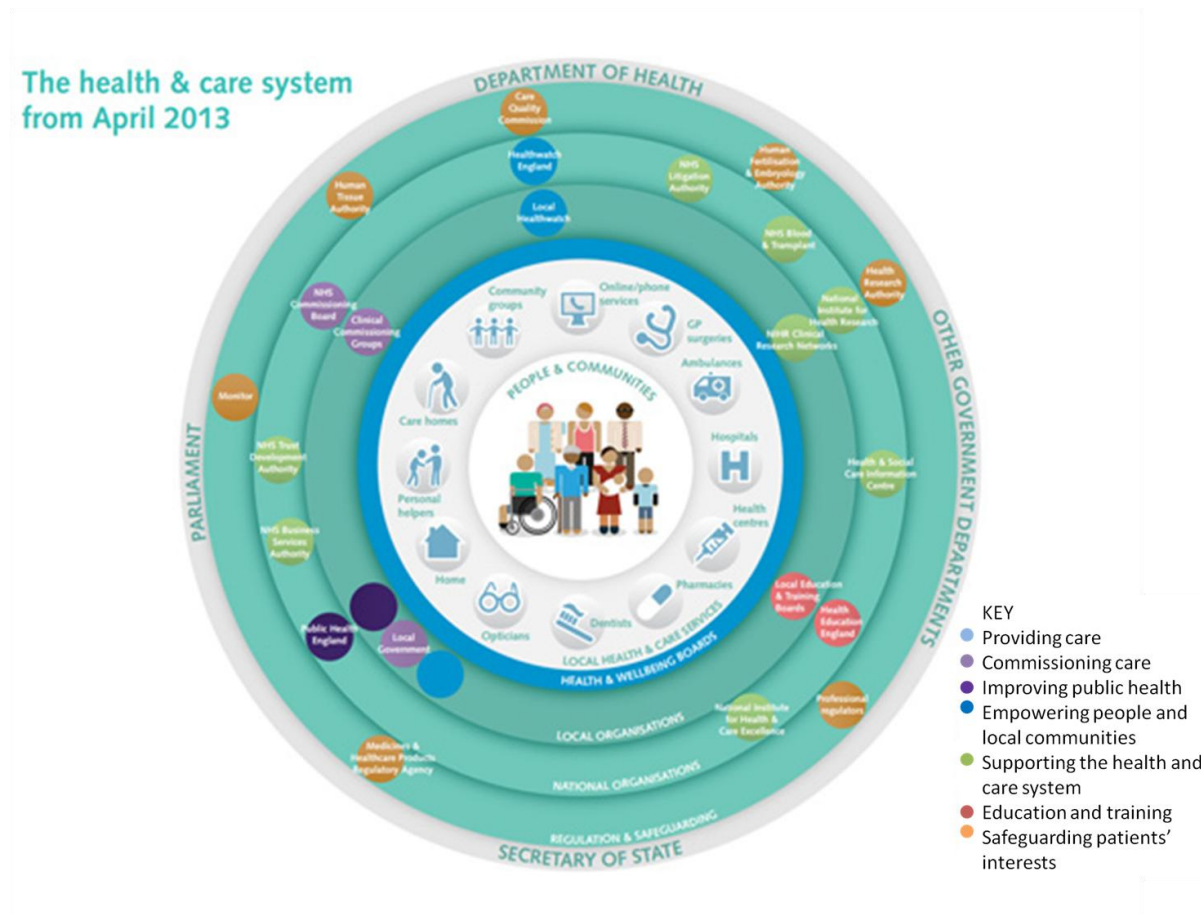
Fonte: Elaboração própria.

O mesmo não ocorre com o National Health Service, cujo sistema de saúde, construído em 1948, manteve sintonia com o modelo de Estado unitário. Assim, predomina em sua organização a integração vertical, na qual as diretrizes do sistema são demandadas pelo poder central, mas são executadas por esse mesmo poder. As decisões tomadas no âmbito do poder central são seguidas em cada ponto de atenção, que são, portanto, geridos por um mesmo comando, que participa, inclusive, do contrato de cada general practitioner. A lógica de organização vertical permanece também na prática dos serviços, quando a gestão se fazia pelas Primary Care Trusts e agora são substituídas pelos Clinical Commissioning Groups.

Podemos observar melhor a organização do NHS na Figura 5, em que o sistema apresenta uma sequência decrescente do poder central (Parlamento/Departamento de Saúde/Outros departamentos governamentais/Secretaria de Estado), passando pelas estruturas de regulação e serviços de proteção, pelas organizações nacionais, depois pelas organizações locais e sua estrutura de saúde e bem-estar, composta por todos os pontos de atenção

responsáveis pelos cuidados e serviços locais, até chegar aos usuários do NHS, sempre seguindo um fluxo que vai do poder central à utilização do serviço pelo usuário.

Figura 5 - O sistema de saúde e cuidados a partir de abril 2013



Fonte: *Site* do National Health Service. Disponível em: <www.nhs.uk/> Acesso em: jul. 2013.

O Estado unitário ou simples constitui a forma típica do Estado propriamente dito, segundo a sua formulação histórica e doutrinária. O poder central é exercido sobre todo o território sem as limitações impostas por outra fonte do poder. Azambuja (2008) disserta claramente o assunto: “O tipo puro do Estado Simples é aquele em que somente existe um Poder Legislativo, um Poder Executivo e um Poder Judiciário, todos centrais, com sede na Capital”. Todas as autoridades executivas ou judiciárias que existam no território devem ser delegadas pelo Poder Central, absorvendo deste a sua força, pois é ele que as nomeia e lhes fixa atribuições. Quanto ao poder legislativo de um Estado Simples, é único, nenhum outro órgão deve existir com atribuições de fazer leis em qualquer parte do território.

O fato de apresentar forte centralização política, possuindo apenas uma única fonte de poder, não impede a descentralização administrativa. Geralmente o Estado simples,

divide-se em departamentos e comunas que gozam de relativa autonomia em relação aos serviços de seus interesses, tudo, porém sob delegação do poder central e não como poder originário ou de auto-organização. Lima (1957) assegura que o Estado unitário é o modelo padrão de Estado e que “a teoria clássica da soberania nacional foi concebida em referência a essa forma normal de Estado, e as características da soberania – unidade, indivisibilidade, imprescritibilidade e inalienabilidade – só ao Estado Unitário se aplicam integralmente”.

O Reino Unido é um Estado unitário cujas instituições políticas concentram a autoridade política no governo central: os poderes no executivo central, que se fundiu ao poder legislativo, mas com preponderância do executivo; a Câmara Baixa com largos poderes legislativos e a Câmara Alta com poderes reduzidos; o Parlamento (Câmara Baixa) é a suprema autoridade no processo de definição das leis; o poder judiciário não detém poder de revisão das decisões parlamentares, com base em uma Constituição previamente aprovada, à qual o Parlamento deveria estar submetido; a eleição ocorre por *singlemembre districts*; os governos locais operam como executores das políticas centrais, porém, sem autonomia fiscal; além disso, não há espaço para decisões baseadas na democracia direta, como plebiscitos. Entretanto, do ponto de vista da distribuição de competências, a gestão de políticas públicas é extensamente descentralizada no Reino Unido (LIJPHART, 1984 *apud* ARRETCHE, 2002).

A maioria dos países do mundo é constituída de Estados unitários, especialmente porque muitos deles não possuem uma extensão territorial tão vasta que justifique a separação de poderes em suas divisões internas, com é o caso da França, Inglaterra, Uruguai e Paraguai, por exemplo. Já muitos dos Estados não unitários do mundo possuem grandes extensões territoriais, particularmente a Rússia, o Canadá, os Estados Unidos da América, o Brasil, a Índia e a Austrália. O movimento descentralizador nos Estados unitários vem dando origem a outra forma de Estado, intermediária entre o federalismo e o unitarismo, o Estado regional, na Itália, e o Estado autônomo, na Espanha (LACERDA, 2012).

Desse modo, a extensão territorial, embora não seja determinante para que um Estado se defina pelo unitarismo ou pelo federalismo, é de grande importância para a conformação política do país. O Reino Unido possui uma extensão territorial cerca de 30 vezes menor que a do Brasil. Dessa diferença, decorre também a imensa discrepância entre a densidade demográfica desses dois países, sendo a do Reino Unido cerca de 100 vezes maior que a do Brasil. Esses dados estatísticos interferem consideravelmente na organização dos serviços de saúde, tornando ainda mais complexa a coordenação dos cuidados em países extensos, como o Brasil.

Nessa perspectiva, concordamos com Santos e Andrade (2011), que o modelo organizativo da saúde do SUS causaria, em um Estado unitário, menor dificuldade executiva, mas que em um Estado federado, como o brasileiro, o qual compreende o município como ente político e autônomo, são muitas as complexidades a serem deslindadas.

Todos os atributos da APS são afetados por essa questão, se considerarmos o contexto maior que envolve a construção e o desenho de um sistema de saúde, além de outros fatores que interferem no desempenho de um sistema de saúde, tal como nível socioeconômico da população, seu poder *per capita*, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), perfil demográfico, epidemiológico e de morbimortalidade; a própria história inerente à construção do sistema, seu poder de governança sobre os pontos de atenção e sobre o setor privado, o gasto com o setor saúde, entre outros.

Com o intuito de melhor visualizar diferenças e semelhanças apresentadas pelos dois sistemas de saúde em estudo, elaboramos um quadro (Quadro 10) com características gerais dos mesmos. Também pontuamos as potencialidades e dificuldades, elencadas por números na coluna referente ao NHS e com o mesmo número acompanhado de letra na coluna referente ao SUS. Buscamos elucidar aspectos relacionados com a atenção primária, mas principalmente com seu atributo coordenação dos cuidados.

Quadro 10 – NHS e SUS: características gerais, potencialidades e dificuldades de dois sistemas de saúde universais

NHS	SUS
CARACTERÍSTICAS GERAIS: REINO UNIDO E BRASIL	
Reino Unido é um Estado unitário (poder central).	Brasil é um Estado federado (vários centros autônomos de poder).
Reino Unido tem 63.148.235 habitantes ¹ .	Brasil tem 190.732.694 habitantes ² (3 vezes maior).
Extensão territorial: 244.100 km ² ³ .	Extensão territorial: pouco mais de 8.515.767 km ² (mais de 30 vezes maior).
Densidade demográfica: 258,6 hab./km ² .	Densidade demográfica: 22,4 hab./km ² (mais de 100 vezes menor).
Divisão administrativa: Inglaterra (9 regiões subdivididas em condados); Escócia (32 áreas e 3 zonas de autoridade insular); País de Gales (9 condados); Irlanda do Norte (6 condados).	Divisão administrativa: 5.569 municípios; 26 estados; 1 Distrito Federal ⁴ .
IDH: 0,875 (em 2012, em 26ª posição, IDH muito alto) ⁵ .	IDH: 0,730 (em 2012, em 85ª posição, IDH alto) ⁵ .

NHS	SUS
POTENCIALIDADES	
<p>1. Criado em 1948 (há 65 anos).</p> <p>2. APS como orientadora desde a criação do NHS.</p> <p>3. Contrato dos GPs é regulado pelo NHS.</p> <p>4. 2,739 médicos por mil habitantes⁶.</p> <p>5. Cobertura de 100% da população.</p> <p>6. Todas as pessoas são cadastradas com número do NHS.</p> <p>7. Alto potencial para Longitudinalidade do cuidado.</p> <p>8. Referência e Contrarreferência obrigatórias (exceto casos de DST e urgência).</p> <p>9. Adscrição territorial não obrigatória (flexibilidade de escolha para o usuário).</p>	<p>6^a. As pessoas cadastradas no NHS não possuem um Cartão Nacional.</p> <p>9^a. Adscrição territorial obrigatória pela política, mas não necessariamente na prática (maior flexibilidade de escolha pelo usuário com a reedição da PNAB).</p> <p>10^{aa}. Prontuário eletrônico em rede em fase de implantação pelo e-SUS Atenção Básica.</p> <p>11^a. Modelo de atenção interdisciplinar e multiprofissional e com a presença do ACS.</p> <p>12^a. Alto potencial para participação social.</p>
DIFICULDADES	
<p>10. Prontuário eletrônico em apenas algumas clínicas, mas não em rede.</p> <p>11. Modelo de atenção medicalocêntrico e sem a presença do ACS.</p> <p>12. Baixo potencial para participação social, com possibilidades de aumentar com a instituição dos CCGs.</p> <p>13. Orçamento de 22% para APS, de uma média £116 bilhões do NHS ao ano.</p>	<p>1^a. Criado em 1988 (há 25 anos).</p> <p>2^a. APS é estruturada em 1994 e realmente definida como reorientadora do modelo de atenção à saúde em 2006, com o Pacto pela Saúde e a PNAB.</p> <p>3^a. Contrato dos médicos da APS é regulado pelo ente municipal.</p> <p>4^a. 1,95 médicos por mil habitantes⁷.</p> <p>5^a. Cobertura de 56,78% da população por unidades básicas de saúde (43.315 existentes cobrindo 108.321.243 brasileiros e 3.966 unidades em construção) em 2013⁸.</p> <p>6^{aa}. Cartão Nacional de Saúde em fase de implantação.</p> <p>7^a. Pouco potencial para Longitudinalidade do cuidado.</p> <p>8^a. Referência e Contrarreferência não obrigatórias.</p> <p>10^a. Prontuário eletrônico em apenas alguns pontos de atenção.</p> <p>13^a. Orçamento de 22,1% para APS, de uma média de 40 bilhões de reais do SUS ao ano (valor referente aos Blocos de Financiamento).</p>

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Fontes específicas:

1. [http://countrymeters.info/pt/United_Kingdom_\(UK\)/](http://countrymeters.info/pt/United_Kingdom_(UK)/)
2. <http://www.ibge.gov.br/home/>

3. <http://www.brasilecola.com/geografia/dados-reino-unido.htm>
4. <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/index.php>
5. http://pt.wikipedia.org/wiki/Anexo:Lista_de_pa%C3%ADses_por_%C3%8Dndice_de_Developimento_Humano
6. http://www.indexmundi.com/pt/reino_unido/populacao_perfil.html
7. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Demografia médica no Brasil Volume 1**. Dados gerais e descrições de desigualdades. Relatório de Pesquisa – Dezembro de 2011.
8. Ministério da Saúde. Datasus. Portal da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Unidades Básicas de Saúde. Informações referentes ao mês de maio. <http://189.28.128.178/sage/>

Percebemos nitidamente as muitas diferenças entre o SUS e o NHS, que se pronunciam de algum modo nos quatro atributos da APS. Destacamos seu impacto na coordenação dos cuidados, desde a constituição madura da atenção primária inglesa e a recente estruturação da APS brasileira, até o distanciamento do teto orçamentário anual de cada sistema, em que, apesar de ambos destinarem cerca de 22% dos seus recursos para a APS, o NHS recebe do governo central quase três vezes mais do que os recursos que o governo federal do Brasil repassa para o SUS, sem considerar a diferença do valor das moedas de cada país, sendo a libra esterlina (£) consideravelmente mais valorizada no mercado internacional que o real (R\$).

Chama atenção ainda a cobertura de APS de 100% da população inglesa, contra 56,78% da cobertura de brasileiros, embora esta venha avançando nos últimos anos se considerarmos a extensão continental do território brasileiro e sua grande população. Porém, esse ainda é um desafio brasileiro, principalmente para atender aos princípios de primeiro contato e longitudinalidade.

Um dado importante para a questão da coordenação, diz respeito à obrigatoriedade da referência e contrarreferência no NHS e a sua não obrigatoriedade no SUS. O sistema inglês conseguiu enraizar essa cultura. Primeiro, tornando inacessível outras partes do sistema caso o usuário tentasse acessar um serviço especializado sem a guia de referência emitida pelo GP. Segundo, com a tradicional e explícita definição do papel do GP, atrelando mecanismos rotineiros dos serviços de saúde, tais como a prescrição medicamentosa sob responsabilidade exclusiva do GP para os serviços públicos, forçando o retorno do paciente a este profissional, ainda que seja especialmente para obter uma prescrição médica e retirar o medicamento nas farmácias comunitárias, que oferecem preços consideravelmente mais baixos que as demais farmácias. Além disso, os profissionais contam com incentivos para não fazerem encaminhamentos desnecessários para outros pontos de atenção, seja por meio do seu

contrato, seja por meio de educação permanente, bem como dispõem de protocolos bem estruturados para uma grande variedade de problemas de saúde.

Já o SUS, além de não ter instituído um forte Sistema de Referência e Contrarreferência, sendo um dos motivos para tal a inconclusa cobertura populacional de APS, só recentemente - com a política do PMAQ, para as equipes que aderirem a esta política - veio incentivar a efetiva realização de encaminhamentos qualificados. Ademais, os protocolos de atenção, representados pelos Cadernos de Atenção Básica, são utilizados de forma flexível, conforme o interesse de cada profissional acerca desse instrumento, o que diminui seu potencial enquanto estratégia de coordenação dos cuidados, mesmo considerando o investimento do Ministério da Saúde na produção e distribuição dos Cadernos.

Mesmo assim, essa ferramenta foi apontada como sendo capaz de induzir mudanças em processos organizacionais do sistema, como vemos na fala do entrevistado "I".

Foram feitos também dois cadernos de vigilância à saúde pra melhorar a integração da atenção básica com a vigilância, nesse sentido teve uma portaria [...] do DAB em parceria com a SVS, que é a integração dos agentes de endemias à atenção básica, que também foi indutor de a gente não ter dois sistemas separados, um sistema pra vigilância e outro pra atenção básica (I).

Apesar do destaque conferido aos Cadernos de Atenção Básica, ressaltamos que no âmbito do SUS, estes instrumentos não estão vinculados a nenhuma tecnologia de informática, o que os fragiliza ainda mais. Neste ponto, sublinhamos que o NHS também não conseguiu desenvolver efetivamente tecnologias referentes a protocolos e prontuários eletrônicos de fácil acesso pelos GPs. Tampouco, os prontuários eletrônicos, presentes em poucas clínicas do NHS, alcançaram o funcionamento em rede, sendo inacessíveis até mesmo para outros GPs que porventura venham a consultar um usuário não registrado em sua clínica. Nesse aspecto, o SUS deu seu primeiro passo significativo rumo ao prontuário em rede, com o recém-criado e-SUS Atenção Básica, que terá de vencer, entretanto, barreiras de infraestrutura e até mesmo de capacitação para utilização dessa ferramenta disponibilizada pelo Ministério da Saúde em meio digital, *online*.

Outra questão que vale ressaltar é que o NHS tende a ser um modelo de atenção medicalocêntrico, com menor participação de profissionais não médicos nos serviços e na organização do sistema com um todo. Nesse ponto, diferia-se bastante do SUS, onde a APS tem forte base interdisciplinar e multiprofissional, contando ainda com a figura do agente comunitário de saúde, que faz o elo entre a equipe de saúde da família e a comunidade adscrita, e com aumento exponencial das equipes NASF, que têm função de apoiar a equipe

de saúde da família nos processos de coordenação do cuidado, sendo a própria equipe NASF uma equipe de referência para uma série de demandas de APS.

Harris (2011) relata que após uma longa história de programação vertical, especialização e desintegração, os GPs agora, com a nova reforma e a estruturação dos CCGs, estão sendo incentivados a assumir maior compromisso com o gerenciamento do sistema e maiores responsabilidades em saúde pública (HARRIS, 2011), o que, de certa forma, reforça o medicalocentrismo, porque o GP será empoderado a realizar mais atividades em que ele deve assumir uma postura de importante protagonista. O pesquisador, portanto, sublinha que no coração das reformas a intenção é aumentar o poder dos GPs, por meio do financiamento e da responsabilidade clínica, mas que esse novo papel apresenta oportunidades e também muitas incertezas, pois esses profissionais são mais habilidosos com situações clínicas e não de gestão do sistema e serviços de saúde.

A reforma que irá realizar a implantação dos CCGs também planeja aumentar o poder de escolha do paciente, oportunizando-o ter uma voz mais ativa nas decisões sobre seu tratamento (GREAVES *et al.*, 2012). Todavia, a participação do usuário do NHS continua com baixo potencial se compararmos ao modo como o usuário do SUS pode interferir no sistema de saúde, dispondo de mecanismos institucionalizados, tal como os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, podendo empoderar-se sobre seu cuidado desde a comunidade até os serviços de atenção especializados.

Greaves *et al.* (2012) ressaltam que ainda não é possível prever se a implantação dos CCGs poderá garantir êxito na implementação de novas estruturas de incentivos, como a utilização de indicadores de processo para medir, por exemplo, o acesso à atenção primária, e indicadores de resultado, para medir, por exemplo, taxas de reinternação hospitalar, que têm maior relevância direta para o serviço como um todo, indicando a qualidade da coordenação e da continuidade de cuidados entre serviços primários e secundários. Assim como não se pode prever se a gestão por desempenho adotada pelos CCGs vai conseguir evitar o clássico problema de desvalorizar serviços de baixo desempenho ou que já são desvalorizados, como, por exemplo, ações de promoção da saúde nas comunidades.

No âmbito da APS brasileira, alguns acontecimentos como a publicação do Decreto nº 7.508/2011, que a coloca como porta de entrada do sistema de saúde, e a renovação da PNAB, foram fundamentais para seu aprimoramento. Ainda assim, os sujeitos entrevistados chamam atenção para que, mesmo diante dessas medidas, haja um trabalho permanente no Ministério da Saúde a fim de evitar que se criem situações que, de algum

modo, desconsiderem os avanços rumo à integralidade da assistência, tornando secundários os princípios e diretrizes desses instrumentos balizadores para a estruturação de um cuidado coordenado, como observamos na fala do entrevistado “G”.

[...] todas as estratégias que o ministério lançava, inclusive intersetoriais, da esplanada, nós trabalhamos com os territórios de cidadania, nós trabalhamos com os pontos de cultura do Ministério da Cultura, trabalhamos com o programa de violência do Ministério da Justiça, quer dizer toda essa base de território integrado de políticas sociais, que foi uma das que foi colocada pela presidência na época pra nós, esse desafio de fazer projetos que a gente punha dinheiros casados desde que tivessem estratégias focadas nas equipes de saúde família [...] quando eu falei da questão da Rede Cegonha, a minha dúvida é quando você começa a não colocar essas questões como prerrogativas pro avanço você simplesmente coloca a estratégia saúde da família como secundária dentro do processo... A integração é uma dificuldade de qualquer sistema, não só do Brasil, e as TEIAS ao invés da antiga pirâmide hierárquica foi um avanço (G).

A proposta de TEIAS surgiu como estratégia desenvolvida em 2009 pelo Ministério da Saúde, visando ao aperfeiçoamento político-institucional e das formas de organização da atenção à saúde em âmbito nacional. As TEIAS visam à integração sistêmica e regional de ações e serviços e o incremento do desempenho do SUS quanto a acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (BRASIL, 2009). O desenho das TEIAS, no entanto, foi considerado incompleto por não contemplar todos os níveis assistenciais e não destacar a importância de mecanismos de articulação entre os níveis assistenciais (DIAS, 2012).

Um dos gestores entrevistados considerou um avanço a implementação das TEIAS, mas ponderou sobre sua limitação ao empregar um desenho mais modesto no que diz respeito à sua capacidade potencial de incentivar a APS a coordenar os cuidados para além da unidade básica de saúde e de hospitais de médio porte. Ressaltou a distância entre a proposta no plano teórico e a prática presente no âmbito da rede assistencial para situações que envolvessem o nível terciário de atenção à saúde, à exceção das cidades Rio de Janeiro e Belo Horizonte, que alcançaram maior êxito na implementação dessa estratégia.

Essa iniciativa, contudo, não se desenvolveu efetivamente devido a obstáculos de estrutura física, procedimentais e políticos, desde o desequilíbrio de poder entre integrantes da rede e falta de responsabilização dos atores envolvidos, até as não raras discontinuidades administrativas e alta rotatividade de gestores por motivos políticos (PAIM *et al.*, 2011). As TEIAS foram perdendo espaço, ao longo do tempo, e, neste sentido, ressaltamos a importância da interdisciplinaridade e intersetorialidade para o fortalecimento da atenção primária e conseqüentemente para o alcance da coordenação dos cuidados.

6 CONCLUSÃO

A atenção primária à saúde sofreu um revés histórico em âmbito mundial quando sua compreensão migrou de uma abordagem seletiva para tornar-se uma ampla estratégia capaz de coordenar os cuidados de todo um sistema de saúde. O ápice dessa mudança constitui-se na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, na cidade de Alma-Ata. A partir de então, essa estratégia passou a ser valorizada em muitos países que buscaram iniciar ou continuar sua estruturação, o que ocorreu das mais variadas formas, inclusive com ênfase da APS seletiva na década de 80 e com tendência à sua compreensão abrangente nas próximas décadas.

A estruturação da APS brasileira se deu de forma tardia no cenário mundial, especialmente em comparação ao modelo inglês, que inspirou parte de sua conformação. Esse fato contribuiu para que essa estratégia fosse desenhada sobre uma sólida base de compromisso social, tendo na implantação do seu primeiro modelo em 1994, o Programa de Saúde da Família, uma contribuição significativa na diminuição das iniquidades sociais e marcando de forma decisiva sua incorporação no cenário nacional. Isso foi possível devido ao contexto histórico de democratização e de instauração de uma constituição abrangente, Constituição Federal de 1988, que criou o Sistema Único de Saúde e garantiu a saúde como direito humano e responsabilidade do Estado.

Desde então, a APS brasileira foi fortemente conduzida pela esfera federal, especialmente na figura do Ministério da Saúde. Passou por uma fase inicial de expansão de cobertura de forma lenta e interiorizada no país. Seguiu para uma mudança de perfil e velocidade com o impulso dado pela execução do Piso de Atenção Básica, implantado pela Norma Operacional Básica de 1996, que vigorou a partir de 1998. E chegou ao Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), instituído em 2002 com o objetivo de estimular a expansão da estratégia em grandes centros urbanos. Esses movimentos demarcaram os primeiros dez anos da APS brasileira e representaram um avanço significativo da estratégia, impulsionado principalmente pelo PAB fixo e variável e sua garantia de financiamento *per capita* para a APS.

Em 2006, um terceiro grande passo foi empreendido em âmbito nacional com o Pacto pela Saúde e a publicação da Política Nacional de Atenção Básica, afirmando formalmente uma concepção mais ampliada de APS, considerando que ela é o primeiro nível

de atenção (a porta de entrada preferencial do sistema de saúde) e que possui um conjunto de atributos tais como os definidos por Bárbara Starfield. A grande novidade dessa fase foi a mudança na estrutura financeira da APS, mediante regulamentação do Bloco Financeiro da Atenção Básica, visando diminuir a fragmentação do financiamento (e por consequência das ações em saúde) e fortalecer o instrumento legal que regulamentava o financiamento da APS.

Podemos inferir que somente nesta terceira fase de fortalecimento da atenção primária brasileira, que trouxe a “marca da maturidade para a APS”, o atributo coordenação dos cuidados entrou em cena com maior ênfase. O Pacto pela Saúde teve início propriamente dito em 2007 e permanece até hoje, sofrendo as recentes transformações com a publicação do Decreto 7.508/2011, o qual demarca uma nova fase na gestão interfederativa do sistema de saúde brasileiro.

O Decreto 7.508/2011 pode ser considerado o quarto grande marco da APS, sendo o primeiro documento que regulamenta, de forma segura do ponto de vista legal, a APS como porta de entrada e como responsável por coordenar os cuidados no sistema de saúde, visando, assim, ao preenchimento da lacuna até então existente.

Essas quatro fases marcantes para a APS brasileira, todas executadas sob clara intenção do governo federal, expressam a importância que essa estratégia ganhou na agenda das grandes políticas nacionais, fato que também é constatado no crescimento anual do financiamento do Bloco de Atenção Básica.

Entretanto, essa valorização da política de atenção primária não ocorreu de forma homogênea em todos os espaços decisórios da esfera federal, sendo, muitas vezes, compreendida como uma demanda específica do Departamento de Atenção Básica ou tendo suas diretrizes desconsideradas na construção de normativas que guardavam relação com a APS.

Apesar dos desafios na busca da valorização da Política Nacional de Atenção Básica, destacamos o fortalecimento dessa política como uma das principais formas de atuação do Ministério da Saúde que incidiu sobre a coordenação dos cuidados pela APS, ao lado de outras grandes políticas ministeriais.

A discussão elaborada nesse trabalho nos permitiu inferir que a indução centralizada da coordenação dos cuidados pela atenção primária no SUS vem ocorrendo de forma indireta, sofrendo reflexos da política de valorização e expansão da APS brasileira. O fortalecimento dessa política é complexo e o estudo desse processo, enquanto principal modo

de expressão da indução central da coordenação dos cuidados realizada pelo Ministério da Saúde, contribuiu para identificarmos evidências cujo impacto pode ser positivo, negativo, controverso ou mesmo insuficiente na indução centralizada da coordenação dos cuidados pela APS.

Não identificamos estratégias cujo principal objetivo fosse potencializar a coordenação dos cuidados pela APS. Entretanto, o Ministério da Saúde desenvolveu políticas nacionais que ressoaram de forma positiva nesse atributo da atenção primária, podendo ser consideradas um caminho efetivo para essa questão, desde que aliadas ao fortalecimento da APS, com ampliação da cobertura da rede básica e de seu aporte financeiro pela esfera federal, bem como do uso efetivo de instrumentos de regulação.

A estratégia do NASF, em ascensão exponencial, expressa a magnitude de sua constituição enquanto política pública de atuação ao lado da Estratégia Saúde da Família. Seu potencial para viabilizar a coordenação dos cuidados é significativo, pois sua missão envolve apoiar as equipes da ESF na gestão compartilhada da atenção e na coordenação dos cuidados. Bem como, sua função de apoio matricial, uma tecnologia de gestão que se complementa com o processo de trabalho em “equipes de referência”, contribui consideravelmente para os processos de coordenação dos cuidados. Assim, apresentou evidências de impacto positivo e direto na coordenação dos cuidados, sendo considerada a principal estratégia de atuação junto à ESF para o alcance desse atributo.

Outra evidência de impacto positivo e direto foi a publicação dos Cadernos de Atenção Básica, da Série Pactos pela Saúde, que funcionam como protocolos e parâmetros técnicos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde e foram entendidos como bastante pertinentes e úteis à coordenação dos cuidados, por qualificarem os processos de referência e contrarreferência entre os pontos de atenção. Registramos a importância de realizar estudos mais detalhados da utilização desses cadernos.

Identificamos também evidências positivas, mas cujo impacto pode ocorrer indiretamente na coordenação dos cuidados, como foi o caso dos dados inferidos a partir das portarias sobre atenção primária, que revelaram que quase metade destas se refere a recursos financeiros para a APS, evidenciando que o Ministério da Saúde permanece imbuído do papel de importante financiador das políticas e programas da APS e, portanto, forte indutor do desenvolvimento da APS brasileira, configurando uma indução da expansão e qualificação da APS com possíveis impactos na coordenação dos cuidados.

Para as evidências acerca do financiamento, cabe ressaltar que embora tenha apresentado um padrão de progressivo incremento durante os anos em estudo, com impacto positivo e direto na APS e indireto na coordenação dos cuidados, este elemento da indução centralizada não foi suficiente para causar mudanças na coordenação dos cuidados. Primeiro, porque permanece a diferença histórica entre a discrepante quantia de recursos transferida à média e alta complexidade e à atenção primária, com gestão do financiamento *per capita* para esta e por tabela para aquela; segundo, que não há nenhum incentivo financeiro específico para a coordenação dos cuidados; terceiro, que a vinculação de orçamento da União para o SUS preconizada pela Emenda Constitucional 29/2000 não ocorre e isso prejudica o sistema de saúde de modo geral.

Ainda como impacto positivo e direto na APS, mas indireto na coordenação dos cuidados, podemos citar o Programa de Aceleração do Crescimento, que teve como desfecho o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, responsável pela garantia de maior acesso e cobertura à APS. Outro fato que contribuiu para melhoria da atenção primária neste período foi sua priorização na agenda do governo federal, que inclusive favoreceu maior coesão interna no governo, facilitando a aprovação de propostas para melhoria da APS, com apoio do esforço empreendido pelo Departamento de Atenção Básica neste sentido.

A execução da própria Política Nacional de Atenção Básica representa uma evidência positiva, mas indireta na indução da coordenação dos cuidados. Seu desenvolvimento assimétrico no país com baixa cobertura em algumas regiões ainda desponta como importante desafio à esfera federal, que vem destinando esforços no sentido de diminuir as desigualdades regionais, o que tem favorecido especialmente os atributos primeiro contato e integralidade, mas com pouco impacto na coordenação dos cuidados e longitudinalidade, segundo o gestor federal. Mesmo sua atualização, em 2011, não agregou mudanças significativas para a coordenação dos cuidados, à exceção do NASF, nem modificou a gestão do financiamento para uma lógica global, que considerasse a rede de saúde como um todo sob coordenação da APS.

De outro modo, inferimos que as Redes de Atenção à Saúde, no formato em que foram lançadas, apresentaram-se como evidência negativa, embora tenham sido compreendidas também como um ponto inicial do sistema público de saúde, com possibilidades de evolução. A política de RAS foi desenhada para atender a um segmento específico de usuários, logo, se desdobrou em portarias temáticas que atomizaram a lógica de

Rede de Atenção à Saúde compreendida no âmbito das necessidades dos usuários e da capacidade instalada de uma região.

A construção das redes temáticas de atenção à saúde, embora se aproxime mais do atributo integralidade, para aquele segmento a que ela se destina, esvazia o papel de coordenação da APS, pois o planejamento das ações se inicia na construção do projeto para solicitar o recurso da política, em detrimento do planejamento elaborado e passível de acompanhamento a partir da atenção primária, portanto, não acrescentaram melhorias significativas à coordenação dos cuidados pela APS. É necessária, entretanto, a realização de outras investigações científicas mais específicas sobre a execução dessa política e sua interface com a atenção primária como coordenadora dos cuidados.

A política do PMAQ, lançada em 2011, representa uma aposta do Ministério da Saúde na indução da APS, havendo em seu escopo o esperado incentivo para os profissionais da atenção primária que obtiverem êxito nos indicadores contratualizados, uma ânsia antiga dos militantes da atenção primária. Outrossim, o PMAQ trouxe a certificação para equipes de atenção primária e, em certa medida, criou incentivos à coordenação dos cuidados.

Todavia, a política do PMAQ evidenciou impacto controverso, segundo os gestores federais, sendo considerada: instrumento frágil para interferir na atenção especializada e assim impactar na coordenação dos cuidados; política com grande potencial, porém, insuficiente para o quesito coordenação dos cuidados; e como um instrumento que induz na prática o conceito de coordenação dos cuidados presente na PNAB, por meio do seu Manual Instrutivo que coloca esse atributo da APS como um dos compromissos das gestões municipais e como uma dimensão do instrumento de certificação das equipes de atenção básica. Portanto, é uma política ainda recente no cenário da saúde pública do Brasil e que carece de estudos mais aprofundados que permitam compreender e apontar melhorias na sua implementação junto a outras políticas.

Já o Cartão Nacional de Saúde, o Telessaúde Brasil Redes e o Sistema Nacional de Regulação (SISREG), apesar de sua fundamental importância, mostraram-se ainda incipientes e, portanto, como evidências insuficientes para impactar na coordenação dos cuidados pela APS, mas com chances de potencialização neste sentido, de acordo com o progressivo amadurecimento do SUS e melhoria dos recursos tecnológicos.

O avanço na implantação do Cartão Nacional de Saúde e o Telessaúde Brasil Redes em apoio à ESF merecem atenção por comporem estratégias importantes que propõem

qualificar a ESF e se articular com o sistema de regulação do SUS, além de funcionar como instrumento de qualificação profissional, apesar de o SISREG não ter sido enfatizado como mecanismo que facilite a coordenação dos cuidados entre os diferentes pontos de atenção.

Surgiu como evidência negativa, mas que incide diretamente na indução centralizada da coordenação dos cuidados, a fixação do profissional médico na APS do Brasil. Considerado um ponto frágil do SUS que atinge todos os atributos da APS, em especial o da longitudinalidade, esse problema se revelou importante desafio colocado à indução centralizada da coordenação dos cuidados, desde a forma de contratação desse profissional, mediante contratos municipais que não garantem estabilidade profissional, até sua baixa fixação em municípios menores, mesmo quando se faz concurso público, pois não há incentivos para que o profissional permaneça vinculado àquele município. Neste sentido, colocamos como contribuição nesse estudo a discussão da criação de carreiras regionais como uma possível forma de estimular a fixação dos médicos na APS, principalmente em cidades com baixa infraestrutura.

Essas inferências permitem compreender de forma panorâmica o momento em que se encontra a coordenação dos cuidados pela atenção primária sob a ótica da indução centralizada no Brasil. Desse modo, reconhecemos a limitação desse estudo no que diz respeito ao escopo adotado, que não abrange os demais entes federados na condução desse processo, cuja responsabilidade é interfederativa. Ressaltamos a importância de pesquisas que ampliem a compreensão do atributo coordenação dos cuidados também em outras esferas de gestão do SUS, estadual e municipal, bem como na perspectiva regional, local e até mesmo individual, com vistas à formulação de políticas com impactos efetivos na coordenação dos cuidados.

No caso da fixação médica, as iniciativas do Ministério da Saúde ocorreram na perspectiva da formação, a exemplo do Provac, e de adaptações na PNAB, com flexibilização da carga horária desse profissional visando ao melhor atendimento dos interesses dos gestores municipais, que encontram grandes empecilhos na contratação desses profissionais, resultando na perda de financiamento federal por impossibilidade de manter a composição da equipe de saúde da família.

Uma resposta para essa problemática foi lançada recentemente pelo governo federal, o Programa Mais Médicos, como parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do SUS, prevendo mais investimentos em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, maior presença de médicos em regiões onde há escassez e

ausência desses profissionais, bem como a expansão do número de vagas de medicina e de residência médica e o aprimoramento da formação médica no Brasil. Todavia, o ente federal não conseguiu desenvolver nenhuma política que vislumbre a garantia da permanência desse profissional na atenção primária, residindo este importante desafio à esfera federal, que traz sérias consequências à coordenação dos cuidados pela APS.

Essa questão nos remete ao modelo desenvolvido no National Health Service, cuja característica expressiva é a forma de contratação dos médicos de família, *general practitioners*, e o papel desempenhado por eles, que são os principais atores responsáveis pela coordenação dos cuidados.

O sistema de saúde inglês conseguiu enraizar a coordenação dos cuidados pela APS. Os GPs são contratados diretamente pelo Ministério da Saúde inglês, contam com cobertura de 100% da população e com mecanismos de obrigatoriedade da utilização de referência e contrarreferência. Primeiro, tornando inacessível outras partes do sistema caso o usuário tentasse acessar um serviço especializado sem a guia de referência emitida pelo GP. Segundo, com a tradicional e explícita definição do papel do GP, atrelando mecanismos rotineiros dos serviços de saúde, tais como a prescrição medicamentosa sob responsabilidade exclusiva do GP para os serviços públicos, forçando o retorno do paciente a este profissional, ainda que seja especialmente para obter uma prescrição médica e retirar o medicamento nas farmácias comunitárias, que oferecem preços consideravelmente mais baixos que as demais farmácias. Além disso, os profissionais contam com incentivos para não fazerem encaminhamentos desnecessários para outros pontos de atenção, seja por meio do seu contrato, seja por meio de educação permanente, bem como dispõem de protocolos bem estruturados para uma grande variedade de problemas de saúde.

Ao passo que o SUS tem uma estrutura logística de coordenação dos cuidados ainda incipiente, pois não dispõe de um sistema de referência e contrarreferência bem estruturado em nível nacional, tampouco esse processo é informatizado ou acessível em diferentes pontos da rede. Dessa maneira, o cuidado ao usuário, apesar de ser induzido pelo Ministério da Saúde sob a perspectiva da coordenação, acontece de modo fragmentado, desarticulando a rede e tornando o sistema ineficiente.

Por outro lado, o NHS tem seus serviços de saúde centrados na figura do profissional médico e busca fortalecer seu papel no sistema, diferente do Brasil, cuja APS disponibiliza cada vez mais equipes multiprofissionais, que têm maiores chances de atender o indivíduo numa perspectiva global, como vem ocorrendo com o crescimento das equipes

NASF. Nesse ponto, sublinhamos a limitação desse estudo quanto à comparação do funcionamento dos serviços a partir dessa diferença de perfis e de atuação dos profissionais da APS nos dois sistemas, GPs no NHS e equipes multiprofissionais no SUS. Essa lacuna pode ser preenchida ou esclarecida mediante estudos futuros sobre a importância da organização dos processos de trabalho na coordenação dos cuidados.

Portanto, respondendo à questão de pesquisa desse estudo, concluímos que a indução centralizada da coordenação dos cuidados pela APS do Sistema Único de Saúde é claramente diferente daquela realizada no National Health Service, que atua de modo vertical, induzindo e simultaneamente operando o sistema de saúde sob um comando central, guardando coerência com seu modelo de Estado unitário.

O sistema de saúde brasileiro traz em seu cerne uma contradição referente ao modelo de Estado federativo na sua relação com o modelo de gestão adotado, decorrente dos processos de municipalização e descentralização, que tornaram complexa a coordenação dos cuidados pela atenção primária. Essa contradição reside no fato de o ente federal induzir a APS brasileira como coordenadora dos cuidados e, no entanto, obter uma resposta municipal, muitas vezes, desalinhada em relação à diretriz demandada pelo Ministério da Saúde, o que leva o usuário do sistema a não sentir essa indução na prática, mas sim a segmentação do sistema, que ocorre justamente nesse desencontro interfederativo da política de saúde.

O modelo de organização do sistema de saúde brasileiro possui ações de integração vertical, expressas nas relações interfederativas, em que o Ministério da Saúde se relaciona com diferentes unidades produtivas (27 estados e 5.569 municípios) induzindo a política de saúde, principalmente, por meio da expedição de portarias, que regulamentam de forma detalhada cada política nacional de saúde; e ações de integração horizontais, em que os municípios se relacionam na prática com os serviços de atenção primária, secundária e terciária e seus respectivos pontos de atenção, sendo a Secretaria Municipal de Saúde dotada de comando único. Configurando-se, por conseguinte, em um modelo oblíquo, que colocamos como contribuição desse estudo para compreensão da coordenação dos cuidados na APS brasileira, um modelo diferenciado por agregar ações verticais e horizontais no entrelaçamento das autoridades federais, estaduais e municipais, com considerável prejuízo para o atributo coordenação dos cuidados da atenção primária à saúde.

Essa contribuição é importante frente à imprecisão conceitual da temática “coordenação dos cuidados”, evidente não só no discurso dos gestores federais, mas também na literatura e nos documentos oficiais, que nem sempre adotam a mesma definição. Os

gestores federais concordam com grande parte da literatura quanto à relevância do tema e quanto ao direcionamento para a discussão de sistema de saúde inata à temática, em detrimento de discussões que restrinjam à coordenação dos cuidados a processo de trabalho. Apesar deste consenso, destacamos que essa difícil definição conceitual enseja cautela nos estudos que tratam desse tema, bem como pesquisas mais refinadas acerca dos atributos da APS, que possam contribuir com a elaboração de políticas que visem promover a prática da coordenação dos cuidados pela APS no cotidiano dos serviços.

Concluimos que ambos os sistemas universais de saúde, Sistema Único de Saúde e National Health Service, estão vivenciando um momento de intensas mudanças na estrutura e organização da atenção primária em direção a sua maior valorização na matriz de seus sistemas. O NHS, frente ao início de uma importante reforma que visa maior empoderamento dos *general practitioners*, e o SUS, tornando a APS cada vez mais robusta, tanto na sua estrutura como no seu espaço político de atuação.

Esse cenário vislumbra a necessidade de construir a coordenação dos cuidados no Brasil considerando os aspectos abordados na discussão elaborada, de forma que não apenas receba os reflexos da política de valorização e expansão da APS, mas que sua realização seja priorizada na gestão federal e planejada de acordo com suas peculiaridades interfederativas, tendo em vista o momento favorável à atenção primária e o atual amadurecimento do SUS. É de suma importância que os avanços nessa temática sejam acompanhados da realização de estudos que permitam compreender a magnitude desses processos no cenário nacional, especialmente diante da escassez de estudos no âmbito federal, mas que o impacto das transformações seja medido e observado também na qualidade e eficiência dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. L. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. *In: FLEURY, S. (Org.). Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha.* Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p.77-125.
- ALFRADIQUE, Maria Elmira *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**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p.1337-1349, jun. 2009.
- ALMEIDA, C. Equidade e reforma setorial na América latina: um debate necessário. **Cad. Saúde Pública**, supl. 18, p. 23-36, 2002.
- ALMEIDA, Patty Fidelis de *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.
- ALMEIDA, Patty Fidelis de; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; GIOVANELLA, Lígia. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 29, n. 2, Feb. 2011. Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011000200003&lng=en&nrm=iso>. access on 02 mar. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892011000200003>.
- ALMEIDA, Patty Fidelis. **Estratégias de coordenação dos cuidados: fortalecimento da atenção primária à saúde e integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos.** 2010. 211 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2010.
- AMANTINO-DE-ANDRADE, J.; ARENHART, A. J. Participación Social en el Sistema Único de Salud: una utopía por cumplirse en municipios de pequeño porte del Valle del Taquari. *In: MISOCZKY, M. C.; BORDIN, R. (Orgs.). Gestión local de salud: practica y reflexiones.* Porto Alegre: Dacasa Editora, 2005.
- ANDRADE, E. I. G.; SALLES DIAS FILHO, P. P. Padrões de financiamento da saúde do trabalhador: do seguro social ao seguro saúde. *In: LOBATO, L. V. C; FLEURY, S. (Orgs.). Seguridad Social, Ciudadania e Saúde.* Rio de Janeiro: Cebes, 2009.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; FONSECA, C. D. A estratégia de saúde da família. *In: Fundamentos e práticas da atenção primária à saúde: medicina ambulatorial.* Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 88-100.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; MARTINS, T. J. A estratégia saúde da família no Brasil e a superação de medicina familiar. **Sanare: Revista de Políticas Públicas**, v. 1, n. 4, 2003.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de *et al.* Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. *In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa (org.) et al. Tratado de Saúde Coletiva*. 2. ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 845-902.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. São Paulo: HUCITEC, 2006. 288 p.

AROUCA, Sérgio. **O dilema preventivista**. São Paulo: Ed. Unesp, 2003. 270 p.

ARRETCHE, Marta. A Política da Política de Saúde no Brasil. *In: LIMA, Nísia Trindade et al. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

ARRETCHE, Marta. Relações federativas nas políticas sociais. **Educ. Soc., Campinas**, v. 23, n. 80, set. 2002, p. 25-48.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 376-382, maio/jun. 2003.

AZAMBUJA, Darcy. **Teoria Geral do Estado**. 4. ed. rev., amp. e atual. São Paulo: Globo, 2008.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 3, Rio de Janeiro, p. 615-626, mar. 2007.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; CUNHA, Marcela Silva da. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1007-1028, 2009.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BODSTEIN, Regina Bodstein. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011c.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011d. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1).

_____. Departamento de Atenção Básica. Portal Saúde. **Sobre o DAB**. Brasília, 2012a. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/dab.php>> Acesso em: 02 jan. 2013.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Lei orgânica da saúde. Diário Oficial da União, 20 set., 1990.

_____. Ministério da Saúde. Atenção à Saúde. **Saúde da Família**. Brasília, 18 jul. 2013a. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>> Acesso em 18 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **E-SUS Atenção Básica**. Brasília, 24 jul. 2013c. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php?conteudo=o_que_e> Acesso em 18 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. 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. Brasília, 19 jul. 2011b. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108814-1654.html>> Acesso em: 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portal Saúde. **Mais Médicos para o Brasil**. Brasília, 25 jul. 2013c. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/417/mais-medicos.html>> Acesso em 25 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 35, de 4 de janeiro de 2007**. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. Brasília, jan. 2007b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-35.htm>> Acesso em: 24 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 402, de 24 de fevereiro de 2010**. Institui, em âmbito nacional, o Programa Telessaúde Brasil para apoio à Estratégia de Saúde da Família no Sistema Único de Saúde, institui o Programa Nacional de Bolsas do Telessaúde Brasil e dá outras providências. Brasília, 24 fev. 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0402_24_02_2010.html> Acesso em: 24 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 60 p. (E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portal da Atenção Básica. **Telessaúde Brasil Redes**. Brasília, 24 jul. 2013b. Disponível em: <<http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/telessaude2/index.php?1=home&2=apresentacao>> Acesso em: 24 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde. **Redes regionalizadas e territórios integrados de atenção à saúde – TEIAS**. Proposta de documento. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 108 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001**: regulamentação da Lei nº 8.080/90. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. p. 16. (Série E. Legislação de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Atenção Básica (PAB):** parte fixa. 2. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996.** Estabelece critérios sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Brasília, DF, 1996.

CAMPOS, Claudia Valentina de Arruda; MALIK, Ana Maria. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **RAP – Rio de Janeiro**, v. 42, n.2, p. 347-68, mar./abr. 2008.

CARVALHO, Gilson. A inconstitucional administração pós-constituente do SUS através de normas operacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n.2, p. 435-444, 2001.

CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde:** sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec, 2005. 183 p.

CASTRO, Ana Luisa Barros de. **A condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil:** continuidades e mudanças no período de 2003 a 2008. 2009. 215 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

CASTRO, Ana Luisa Barros de; MACHADO, Cristiani Vieira. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, abr. 2010.

_____. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 477-506, 2012.

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa; GUIMARÃES, José Maria Ximenes. Participação social na atenção básica à saúde: concepções e práticas dos usuários e trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev. APS**, v. 12, n. 4, p. 448-458, out./dez. 2009.

CONILL, E. *et al.* Organização dos Serviços de Saúde: A Comparação como Contribuição. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, v. 7, n. 3, p. 328-346, jul./set., 1991.

CONILL, E. M. Sistemas comparados de saúde. In: *In: CAMPOS, G. W. S. (org.) et al. Tratado de Saúde Coletiva.* São Paulo-Rio de Janeiro: Editora Hucitec/Editora Fiocruz; 2006. p. 783-836.

CONILL, E. M.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 10, p. 14 – 27, 2010, Supl. 1.

CONILL, E.; FAUSTO, M. **Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual:** causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Rio de Janeiro: EuroSocial Salud, 2007.

COSTA, Nilson do Rosário; CHORNY, Adolfo Horacio. **Custo e avaliação de impacto da implantação da parte fixa do piso de atenção básica – PAB**. Brasília: Ministério da Saúde (REFORSUS), 2002.

COSTA, R. C. R. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Rev Sociol Política**, v. 18, p. 49-71, 2002.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. **Am J Public Health**, v. 94, n. 11, p. 1864-1874, 2004.

DEMO, P. **Introdução à metodologia da ciência**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1985. 118p.

DIAS, Maura Pereira. “**Estratégias de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte**”. 2012. 205 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

FACCHINI, Luiz Augusto *et al.* Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

FARIAS, Sidney Feitoza *et al.* A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16 (Supl. 1), p. 1043-1053, 2011.

FELISBERTO, Eronildo *et al.* Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1079-1095, jun. 2010.

FLEURY, Sonia; OUVENEY, Assis Mafort. **Política de saúde: uma política social**. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONTENELLE, Leonardo Ferreira. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Rev bras med fam comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 22, jan./mar. 2012.

FRANCO, Camilla Maia; FRANCO, Túlio Batista. **Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde**. Acesso em 12 de abr 2013. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 125-134.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança no modelo tecnoassistencial. *In: MERHY, E. E. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 4. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2007. p. 55-124.

GÉRVAS, J.; RICO, A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primaria. *SEMERGEN*, v. 31, n.9, p. 418-423, 2005.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde**. GIOVANELLA, Lígia *et al.* (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

GIOVANELLA, Lígia *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.14, n.3, p. 783-794, 2009.

GIOVANELLA, Lígia. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, p. 1081-1096, 2011, Supl. 1.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. *In: GIOVANELLA L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. et al. (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 575-626.

GOULART, Flávio. Descentralização e regionalização do SUS na década de 1990. *In ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Redes e regionalização em saúde no Brasil e na Itália: lições aprendidas e contribuições para o debate*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

GREAVES, Felix *et al.* The Commissioning Reforms in the English National Health Service and Their Potential Impact on Primary Care. *J Ambulatory Care Manage*, v. 35, n. 3, p. 192–199, 2012.

GUIZARDI, F. L. *et al.* Participação da comunidade em espaços públicos: uma análise das Conferências Nacionais de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 14, p. 15-39, 2004.

HAGGERTY, J. L.; YAVICH, N.; BÁSCOLO, E. P. Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. *Rev Panam Salud Pública*, v. 26, n. 5, p. 377–384, 2009.

HARRIS, Matthew. Integrating primary care and public health: learning from the Brazilian way. *London Journal of Primary Care*, v. 4. 2011.

HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: ma busca de identidade. *In: LIMA, Nísia trindade et al. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

HOFMARCHER, Maria M.; OXLEY, Howard; RUSTICELLI, Elena. **Improved Health System Performance Through Better Care Coordination**, n. 30. Paris: OECD, 2007.

IBAÑEZ, Nelson *et al.* Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Sept. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Mar. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300016>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Perfil dos municípios brasileiros: 2012**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. 291p.

JORGE, Elias Antônio *et al.* **Seguridade Social e o Financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil**. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento – AESD. Núcleo Nacional de Economia da Saúde – Nunes. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

KALUZNY, A. D.; SHORTELL, S. M. **Health Care Management. Organization design and behavior**. 5. ed. New York: Thompson Delmar Learning, 2006.

KRINGOS, D. S. *et al.* The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. **BMC Health Services Research**, v. 10, n. 65, 2010.

KRUGER, T. R. O desconhecimento da reforma sanitária e da legislação do SUS na prática do conselho de saúde. **Planejamento e Políticas Públicas-IPEA**, n. 22, p. 119-144, 2000.

LABRA, M. E. Capital social y consejos de salud en Brasil: um círculo virtuoso? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 18, p. 47-55, 2002.

_____. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. *In*: LIMA, N. T (Org.). **Saúde e Democracia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 353-384.

LACERDA, Paulo. **Estado unitário e Estado federativo**. Aula do Fortium Grupo Educacional. Brasília, 2012. Disponível em: <www.fortium.com.br> Acesso em: 26 jul. 2013.

LASSANCE, Antonio. Federalismo no Brasil: trajetória institucional e alternativas para um novo patamar de construção do estado. *In*: LINARES, P. T. F.; MENDES, C. C.; LASSANCE, A. (orgs.). **Federalismo à brasileira: questões para discussão**. v. 8. Brasília: Ipea, 2012. p. 26-35.

LIMA, Eusebio de Queiroz. **Teoria do Estado**. 8. ed. Rio de Janeiro: Distribuidora Record, 1957.

LITSIOS, S. The Christian Medical Commission and the development of the world health. Organization's primary health care approach. **Am J Public Health**, v. 94, p.1884-1893, 2004.

_____. The long and difficult road to Alma-Ata: a personal reflection. **Int J Health Serv**, v. 32, n. 4, p.709-32, 2002.

MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; LIMA, Luciana Dias de. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2367-2382, 2010.

MACINKO J.; STARFIELD, B., SHI, L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. **Health Services Research**, v. 38, n. 3, p. 831-65, 2003.

MAGALHÃES Júnior, H. M. **Regulação assistencial: a busca de novas ferramentas no SUS para enfrentar o desafio de garantir a assistência com equidade.** Belo Horizonte: Prefeitura Municipal; 2002.

MARQUES, Rose Maria; MENDES, Áquilas. Financiamento: a doença crônica da saúde pública brasileira. *In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA DA SAÚDE*, 5, 1999, Salvador. **Anais...** Salvador: Associação Brasileira de Economia da Saúde, 1999.

MARTINS, Poliana Cardoso *et al.* Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil: Matizes da Utopia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 105-121, 2008.

MATTOS, R. A. “Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos”. *In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO, 2001.

MELAMED, C.; COSTA, N. R. Inovações no financiamento federal à atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 393-401, 2003.

MELLO, C. Gentile de. **O sistema de saúde em crise.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1981.

MELLO, Guilherme Arantes. **A integralidade do cuidado: uma perspectiva a partir do atendimento à criança na rede pública de saúde de Campinas sob a ótica da atenção básica.** 2004. 177 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. Sobre a economia da saúde: campos de avanço e sua contribuição para a gestão da saúde pública no Brasil. *In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa (org.) et al. Tratado de Saúde Coletiva.* 2. ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 247-281.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

_____. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n.5, p. 2297-2305, 2010.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512p.

MENDONÇA, Claunara Schilling. Sistema Único de Saúde: um sistema orientado de saúde orientado pela atenção primária. *In ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do Laboratório de Inovação em quatro capitais brasileiras.* Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. *In: Agir em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 197-228. Saúde em Debate 108.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (orgs). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set., 1993.

NICOLETTO, Sônia Cristina Stefano; CORDONI JR., Luiz; COSTA, Nilson do Rosário. Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 29-38, jan./fev., 2005002E

NÓBREGA-THERRIEN, S.; THERRIEN, J. Trabalhos científicos e o estado da questão: reflexões teórico-metodológicas. **Estudos em Avaliação Educacional**, São Paulo, SP, v. 15, n. 30, jul./dez., 2004.

NÚÑEZ, R. T.; LORENZO, I. V.; NAVERRETE, M. L. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. **Gac Sanit**, v. 20, n. 6, p. 485-95, 2006.

OCHOA, F. R. Orígenes del movimiento de atención primaria de salud en Cuba. **Rev Cubana Med Gen Integr**, v. 19, n. 1, 2003.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o desafio de ser único**. Ri de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 180 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Atención primaria de salud**. Informe conjunto del Director General de La Organización Mundial de La Salud e Del Director Ejecutivo Del Fondo de las Naciones Unidas para La infância. Conferencia Internacional sobre Atención primaria de salud. Alma-Ata (URSS), 6-12 de septiembre de 1978.

_____. **Relatório Mundial de Saúde 2008**. Cuidados de Saúde Primários: Agora Mais Que Nunca. Geneva: OMS, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011b. 111 p. (Série NAVEGADORSUS, 2).

_____. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras**. Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011a. 137 p. (Série NAVEGADORSUS, 3).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas.**

Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde. Washington: Pan-American Health Organization (PAHO/WHO), 2005 (publicado em 2008). Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5575.pdf>

PAIM, J. S. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, 9 maio 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60202-X.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte, **Revista de Saúde Pública**, n. 40 (n. esp.), p. 73-78, 2006.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Primary Health Care in the Americas: conceptual framework, experiences, challenges and perspectives.** Washington DC: PAHO; 2002. 580p.

RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. R. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). **Planej Polít Públicas**, v. 1, p. 173-220, 2000.

RIKER, W.H. **The development of American federalism.** Norwell: Kluwer Academic, 1987.

ROCHA, Paulo de Medeiros *et al.* Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, (24 Sup 1), p. 69 - 78, 2008.

ROGERS, J. L.; HARING, O. M. The impact of a computerized medical record summary system on incidence and length of hospitalization, **Med Care**, n. 17, p. 618-630, 1979.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública.** São Paulo: HUCITEC; UNESP; ABRASCO, 1994. 423 p.

SANTOS, Fausto Pereira dos; MERHY, Emerson Elias. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 18, p. 25-41, Jan./Jun. 2006.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1671-1680, 2011.

_____. **SUS – o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos:** aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas-SP: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

SCHNEIDER, Sergio; SCHIMITT, Cláudia Job. O uso do método comparativo nas Ciências Sociais. **Cadernos de Sociologia**, Porto Alegre, v. 9, p. 49-87, 1998.

SILVA, Andréa Tenório Correia da *et al.* Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2076-2084, nov. 2012.

SILVA, Cheila Portela. **Gestão da Avaliação para Melhoria da Qualidade na Estratégia Saúde da Família**. 2012. 117f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2012.

SILVA, S. F. da; MAGALHÃES JR., H. M. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. *In*: SILVA, S. F. da. (org.). **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde**. 2. ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2011. 202p.

SISSON, Maristela Chitto *et al.* Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 20, n. 4, p. 991-1004, 2011.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira *et al.* Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 7, n. 4, p. 495-502, out./dez., 2007.

SOUSA, Maria Fátima. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 61, n.2, p. 153-158, mar./abr., 2008.

SOUSA, Maria Fátima; HAMANN, Edgar Merchán. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14 (Supl. 1), p. 1325-1335, 2009.

SOUZA, C. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Revista Sociologia Política**, v. 24, p. 105-121, 2005.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Tradução: Fidelity Translations. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

STOTZ, E. N.; ARAÚJO, J. W. G. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso, **Saúde e Soc.**, v. 13, n. 2, p. 5-19, maio/ago. 2004.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; OLIVEIRA, Vanessa Elias. Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS, **Saúde e Soc.**, v.16, n.1, p.7-17, jan./abr. 2007.

TEÓFILO, Tiago José Silveira; SILVA, Cheila Portela. Reflexões sobre a Estratégia Saúde da Família e o desenvolvimento de suas bases sócio-políticas, econômicas e técnico-científicas, **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, p. 123-141, dez. 2012.

UGÁ, M. A. D.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. *In*: LIMA, Nísia trindade *et al.* **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

UNITED KINGDOM. Ministério da Saúde do Reino Unido. **Design of the NHS Commissioning Board**. NHS Commissioning Board Authority: Board Meeting, 2 feb. 2012.

_____. Ministério da Saúde do Reino Unido. **National Health Service**. Reino Unido, 2013. Disponível em: <www.nhs.uk/> Acesso em: 28 jan. 2013.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de. **Paradoxos da mudança no SUS**. 2005. 229 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 2005.

VÁZQUEZ, Luisa et al. Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. **Gac Sanit.**, v. 26, (Suplemento 1), p. 94-101, mar. 2012.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis Rev Saúde Col.**, v. 8, n. 2, p. 11-48, jul./dez. 1998.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila *et al.* Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18 (Suplemento), p. 139-151, 2002.

VUORI, Hanna. Primary Health Care in Europe: Problems and Solutions. **Community Med.**, n. 6, p. 221-231, 1984.

_____. The role of the schools of public health in the development of primary health care. **Health Policy**, v. 4, n. 3, p. 221-230, 1985.

WEN, Chao Lung. Telemedicina e Telessaúde – Um panorama no Brasil. **Informática Pública**, ano 10, n. 2, p. 07-15, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Questões iniciais para todos os entrevistados

Data da entrevista: ___ / ___ / ___

Local da entrevista: _____

Nome: _____

Cargo/ função ocupada: _____

Tempo em que está no cargo/ função: _____

APÊNDICE B – Entrevista Semiestruturada (Roteiro para profissionais do National Health Service)

1. O Reino Unido é uma referência mundial na adoção da Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia de cuidado em saúde. Como o Sr./Sra. avalia o sistema de saúde britânico orientado pela APS?

2. No Brasil a APS é coordenada pelos municípios, como um sistema descentralizado, e tem adotado o Saúde da Família como estratégia privilegiada de atenção no território. No Reino Unido, o sistema de saúde passou por mais uma reforma na segunda parte da década de 90 e atualmente por uma terceira reforma. Nesse contexto:

- a. Como se dá a organização da APS no Reino Unido?
- b. Qual foi a importância dos Primary Care Trust (PCTs) e dos Grupos de Atenção Primária (GP Fundholders) para a coordenação dos cuidados no sistema de saúde britânico?
- c. Qual sua expectativa para a atenção primária com a nova proposta: Clinical Commissioning Groups (CCGs)?
- d. Como os Trusts (atenção primária, secundária e terciária) passarão a se relacionar com os CCGs?

3. Quais as principais funções do General Practitioner (principalmente como gatekeeper) nos PCTs e agora nos CCGs, quando ele adquire maior autonomia, mas também maior responsabilidade?

4. Quais instrumentos normativos são utilizados na garantia da regulação e da coordenação dos cuidados em saúde pela APS na Inglaterra?

5. Que estratégias financeiras são usadas para alcançar a coordenação dos cuidados pela APS?

6. Os Grupos de Atenção Primária e PCTs compõem um modelo de APS que permite a efetiva coordenação dos cuidados pela APS?

7. No Brasil, a sociedade civil participa do sistema de saúde mediante os conselhos de saúde. No NHS, como ocorre a participação da sociedade civil na regulação desse cuidado, tendo em vista que as reformas no NHS preveem maior autonomia para os pacientes?

8. Quais são os mecanismos de escuta da satisfação do usuário no NHS?
9. Quanto à avaliação da performance e da qualidade dos serviços ofertados, como funcionam os National Service Frameworks? Existem outras estratégias de avaliação dos serviços?
10. Que avanços o Sr./Sra. identifica no papel da APS no sistema britânico?
11. Que dificuldades o Sr./Sra. identifica para que a APS seja coordenadora dos cuidados no sistema britânico?

*Considerações finais do entrevistado.

APÊNDICE C – Entrevista Semiestruturada (Roteiro para Diretores do Departamento de Atenção Básica da SAS/MS e para o Coordenador Geral de Gestão da Atenção Básica do DAB/SAS/MS)

1. Como o Sr.(a) compreende um sistema de saúde coordenado pela atenção básica à saúde/ atenção primária à saúde (ABS/APS)?
2. Quem deve coordenar os cuidados no sistema brasileiro de atenção à saúde, considerando a descentralização inerente a esse sistema?
3. Como o Sr.(a) avalia a atuação do Ministério da Saúde na indução da APS como coordenadora dos cuidados durante a vigência do Pacto pela Saúde?
4. Que estratégias lançadas pelo Ministério da Saúde, entre 2007 e 2011, foram significativas no âmbito da coordenação dos cuidados em saúde pela APS?
5. O Ministério da Saúde estimulou financeiramente a coordenação dos cuidados pela APS? Se sim, como ele fez isso (mediante programas, portarias, projetos etc.)?
6. A Política Nacional de Atenção Básica de 2006 foi um instrumento para “materializar” a coordenação dos cuidados pela APS?
7. Quais as suas expectativas com a publicação da nova Política Nacional de Atenção Básica no término da vigência do Pacto pela Saúde?
8. A Estratégia Saúde da Família é um modelo de APS que favorece a coordenação dos cuidados pelo primeiro nível de atenção?
9. A forma de contratação do médico de família favorece a coordenação dos cuidados pela APS?
10. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) tem potencial para induzir a coordenação dos cuidados pela APS?
11. As Redes Temáticas da Portaria nº 4.279/2010 têm potencial para induzir a coordenação dos cuidados a partir da APS?
12. Como ocorre a participação da sociedade civil na regulação dos cuidados a partir da APS no Brasil?
13. O Sr.(a) identifica avanços na indução da APS como coordenadora dos cuidados no contexto do Pacto pela Saúde?
14. O Sr.(a) identifica desafios na indução da APS como coordenadora dos cuidados no contexto do Pacto pela Saúde?

*Considerações finais do entrevistado.

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Consentimento pós-informado

Caro Senhor (a):

Sou Enfermeira estudante do Programa de Mestrado em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará. Estou desenvolvendo um estudo sobre a indução federal da Atenção Primária à Saúde como coordenadora dos cuidados no sistema de saúde brasileiro entre os anos 2007 e 2011. Neste sentido, solicito sua colaboração na participação da pesquisa, aceitando registrar uma entrevista com o (a) senhor (a).

Os dados serão apresentados à Universidade Federal do Ceará, divulgados junto à comunidade acadêmica, respeitando o caráter confidencial das identidades. Garanto-lhe que sua participação ficará no anonimato, não será divulgado seu nome em nenhum momento desta pesquisa. Esta pesquisa foi apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), que fica na Av. da Universidade, 850 - Campus da Betânia - Sobral-CE, CEP: 62.040-370, Fone: (88) 3677-4271.

O (a) senhor (a) tem o direito de não participar dessa pesquisa se assim o desejar, mas seria importante sua contribuição, pelo fato de ser um dos principais sujeitos com responsabilidade sobre a indução federal da Atenção Primária à Saúde como coordenadora dos cuidados no sistema de saúde brasileiro durante o período 2007 a 2011.

Esse trabalho pode proporcionar uma reflexão por parte da comunidade acadêmica e dos gestores da saúde a respeito da discussão de Redes de Atenção à Saúde no Brasil coordenadas pela APS, base para o alcance de um sistema de saúde mais equitativo e eficiente.

Aceitando participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar o seu consentimento a qualquer momento. Essas perguntas não lhe trarão riscos relacionados ao seu trabalho, nem mesmo advertências por ter participado ou não. Tudo ocorrerá em sigilo.

Para possíveis esclarecimentos estou disponível no endereço: Asa Sul 712/912 Lote C Ed. Grand Ville Bloco A Apt. 412 Brasília-DF CEP: 70390-125, Telefone: (61) 8294-6387. Meu orientador é o Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade.
Atenciosamente,

Assinatura da Pesquisadora

Consentimento Pós-Informado

Declaro que tomei conhecimento do estudo cujo título é: ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO COORDENADORA DOS CUIDADOS NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: O PAPEL DA INDUÇÃO FEDERAL, realizado pela pesquisadora Roberta Marinho da Silva, compreendi seus propósitos e, concordo em participar da pesquisa, não me opondo à gravação da entrevista. Estou ciente de que em qualquer momento posso retirar meu consentimento em participar da pesquisa.

Brasília, _____ de _____ de 2013.

Ciente: _____

Assinatura do Sujeito

Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE E – Entrevista Semiestruturada (Roteiro para profissionais do National Health Service), em língua inglesa

DATA RESPONDENT

Date of the interview: ___ / ___ / ___

Local Interview: _____

Name: _____

Position / job held: _____

Time that is in the position / function: _____

INTERVIEW

1. The UK is a world leader in the adoption of Primary Health Care (PHC) as a strategy for health care. Like Mr. / Mrs. assesses the British health care system driven by APS?
2. In Brazil, the APS is coordinated by municipalities, as a decentralized system, and has adopted the Family Health strategy as prime attention in the territory. In the UK, the health system has undergone more reform in the second half of the 90s and currently by a third reform. In this context:
 - a. How does the organization of APS in the UK?
 - b. What was the importance of the Primary Care Trust (PCT) and the Primary Care Groups (GP Fundholders) for care coordination in the British health care system?
 - c. What is your expectation for primary care with the new proposal: Clinical Commissioning Groups (CCGs)?
 - d. How Trusts (primary, secondary and tertiary) will relate to CCGs?
3. What are the main functions of the General Practitioner (mainly as gatekeeper) in PCTs and CCGs us now, when he acquires greater autonomy but also greater responsibility?
4. What regulatory instruments are used in ensuring the regulation and coordination of health care by APS in England?
5. What financial strategies are used to achieve care coordination by APS?
6. The Primary Care Groups and PCTs make a model of APS that allows the effective coordination of care by APS?
7. In Brazil, civil society partiipa health system through health councils. In the NHS, as is the participation of civil society in this care setting, given that the NHS reforms predict greater autonomy for patients?
8. What are the mechanisms for listening to user satisfaction in the NHS?
9. The evaluation of the performance and quality of services offered, such as National Service Frameworks Work? There are other strategies for evaluation of services?
10. Advances that Mr. / Mrs. identifies the role of PHC in the British system?
11. Difficulties that Mr. / Mrs. identifies that the APS is care coordinator in the British system?

*Final thoughts of the interviewee.

APÊNDICE F - Term of Consent Free and Clear (TCFC) and Post-Consent and Informed Consent

Dear Lord (a):

I'm a student nurse's Masters Program in Family Health, Federal University of Ceará and I am developing a study on the induction of the federal Primary Health Care as a care coordinator in the Brazilian health system between 2007 and 2011. In this regard, I request your participation in collaborative research, accepting that records an interview with (a) Mr (a).

Data will be presented to the Federal University of Ceará, published in the academic community, respecting the confidentiality of identities. I assure you that your participation is anonymous, your name will not be released in no time this research.

The (a) you (a) have the right not to participate in this research if you wish, but their contribution was important, because it is one of the main subjects with responsibility for induction federal Primary Health Care as care coordinator the Brazilian health system during the period 2007 to 2011.

This work can provide a reflection on the part of the academic community and health managers regarding the discussion of Health Care Networks in Brazil coordinated by APS, the basis for achieving a health system more equitable and efficient.

Accepting participate, if for any reason during the course of the research, resolve to quit, has every liberty to withdraw their consent at any time. These questions will not bring risks related to their work, even warnings for participating or not. Everything occurs in secrecy.

For possible explanations'm available at: South Wing 712/912 Lot C Building Block A Grand Ville Apartment 412 Brasilia-DF CEP: 70390-125, Phone: (61) 8294-6387. My advisor is Teacher Dr. Odorico Luiz Monteiro de Andrade.

Sincerely,

Signature of Researcher

Informed Consent

I declare that I am aware of the study titled: AS PRIMARY CARE COORDINATOR IN BRAZILIAN HEALTH SYSTEM: THE ROLE OF FEDERAL INDUCTION, conducted by researcher Roberta Marinho da Silva, understand their purposes, and agree to participate in the study, did not oppose the recording of the interview. I am aware that at any time I can withdraw my consent to participate.

London, _____ of _____ of 2012.

Aware: _____

Signature of Subject

Signature of Researcher