

## **PARA ALÉM DOS NÚMEROS: o caso da política de Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte\***

Murilo Fahel\*

Camila Franco<sup>◇</sup>

Carla Franco<sup>¥</sup>

### **RESUMO**

*O presente artigo tem como objetivo analisar o funcionamento da Atenção Primária à Saúde (APS) em Belo Horizonte, Minas Gerais, na percepção dos gestores municipais de saúde. Para tanto, a metodologia baseou-se numa abordagem qualitativa com coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas, alcançando 34 gestores da rede municipal de saúde. A análise de conteúdo das entrevistas sistematizou-se em quatro dimensões com foco na APS: conceito e prática, estrutura, processos e resultados. Os resultados indicam um nítido reconhecimento da APS como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde com realce das fragilidades relativas à estrutura e cobertura; bem como em termos do quantitativo de recursos humanos. Por outro lado, os gestores enfatizaram os avanços positivos em termos da prestação de serviços da APS no município. A partir das análises dessas fragilidades e avanços*

89

---

\* Esse estudo contou com o apoio e financiamento da Fapemig e para viabilização da Pesquisa de Campo com o apoio institucional irrestrito da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Os autores agradecem esses apoios institucionais, sem os quais não seria viável a implementação da pesquisa e produção dos seus resultados.

\* Professor e Pesquisador da Fundação João Pinheiro, líder do Grupo de Pesquisa Saúde e Políticas Públicas, mestre em Saúde Pública pela Universidad Autónoma do México. Doutor em Sociologia e Política pela UFMG e Pós-doutorado na University of Oxford. E-mail: [murilo.fahel@fjp.mg.gov.br](mailto:murilo.fahel@fjp.mg.gov.br).

<sup>◇</sup> Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário UNA, pesquisadora-bolsista integrante (2016) do Grupo de Pesquisa Saúde e Políticas Públicas da Fundação João Pinheiro. E-mail: [camilagomesfranco@hotmail.com](mailto:camilagomesfranco@hotmail.com).

<sup>¥</sup> Bacharel em Ciências Sociais pela PUC Minas, mestre em demografia pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional – CEDEPLAR/UFMG e pesquisadora-bolsista (2015) integrante do Grupo de Pesquisa Saúde e Políticas Públicas da Fundação João Pinheiro. E-mail: [carlagomesfranco@gmail.com](mailto:carlagomesfranco@gmail.com)

*indicados, o estudo evidencia a importância da política de APS como estratégia para reversão das condições precárias de saúde dos estratos populacionais mais vulneráveis, reconhecidos como usuários preferenciais do SUS.*

**Palavras-chave:** *Análise dos Serviços de Saúde. APS. SUS. Belo Horizonte.*

## **PARA ALLÁ DE LOS NÚMEROS: el caso de la política de Atención Primaria de Salud en Belo Horizonte**

### **RESUMEN**

90 *Este artículo tiene como objetivo analizar el funcionamiento de la Atención Primaria de Salud (APS) en Belo Horizonte, Minas Gerais, a partir de la percepción de los gestores municipales de salud. Para eso, la metodología se basó en un enfoque cualitativo con la recopilación de datos a través de entrevistas semiestructuradas, llegando a 34 gestores de la red municipal de salud. El análisis del contenido de las entrevistas se sistematizó en cuatro dimensiones con un enfoque de APS: concepto y la práctica, la estructura, los procesos y los resultados. Los resultados indican un claro reconocimiento de la APS como la puerta de entrada al Sistema Único de Salud - SUS sin dejar de lado las debilidades relativas a su estructura y su cobertura y en términos de la cantidad de recursos humanos. Por otra parte, los gestores destacaron los avances positivos relativos a la prestación de servicios de la Atención Primaria de Salud en el municipio. A partir del análisis de estos puntos débiles y los avances indicados, el estudio pone en relieve la importancia de la política de la APS como estrategia para revertir las malas condiciones de salud de los estratos de población más vulnerables, reconocidos como los usuarios preferenciales del SUS.*

**Palabras clave:** *Análisis de Servicios de Salud. APS. SUS. Belo Horizonte.*

## **BEYOND NUMBERS: the case of Health Primary Care policies in Belo Horizonte/BR**

### **ABSTRACT**

*The aim of this article is to analyze the functioning of Health Primary Care - HPC in Belo Horizonte, Minas Gerais through the perception of Health Municipal Managers. To do so, the methodology was based on a qualitative approach with data collection by means of semi-structured interviews with 34 managers of the health municipal network. The analysis of interviews content was systematized in four dimensions focusing on HPC: concept and practice, structure, processes and results. The results indicate a clear recognition of HPC as a gateway of the Health Unified System - HUS, highlighting the fragilities related to structure and coverage as well as in terms of the quantity of human resources. On the other hand, the managers emphasized the positive advances regarding the provision of HPC services in the municipality. Based on the analyzes of those fragilities and indicated advances, the study highlights the importance of the HPC policy as a strategy to reverse the precarious health conditions of the most vulnerable population groups, recognized as preferential HUS users.*

91

**Keywords:** *Health Services Analysis. APS. HUS. Belo Horizonte.*

### **1 INTRODUÇÃO**

A I Conferência Internacional sobre Cuidados Primárias, em Alma Ata, no ano de 1978, já passados quase 40 anos, representa um marco de um processo ainda em construção na busca pela universalização da saúde. Nesse contexto, a Atenção Primária à

*Saúde* (APS) tem assumido papel importante, uma vez que contribui com a reorganização do modelo assistencial; bem como favorece para que o sistema alcance maior cobertura dos serviços de saúde.

Diante da importância da APS para o sistema de saúde, outros esforços têm sido empreendidos para sua melhor compreensão, *avaliação e aprimoramento*. Assim, a APS tem sido abordada por diversos autores sob a perspectiva de gestão, financiamento e competências, confirmando-se sua complexidade. (BRASIL, 2015).

Um tema controverso desse debate gira em torno do uso do termo atenção primária ou básica e seu significado. O termo APS, muitas vezes considerado no Brasil como sinônimo de Atenção Básica em oposição ao debate internacional, conforme observa Mendes (2005),

No Brasil, inventou-se algo sem similar na literatura internacional: a atenção primária se denomina aqui de atenção básica, o que, para mim, reforça essa concepção de algo simples que pode ser banalizado. Em função dessa visão ideológica da atenção primária à saúde, interpreta-se primário como primitivo; ao contrário, o significativo primário quer referir-se ao 'complexíssimo' princípio da APS, o do primeiro contato. (MENDES, 2005, p.2).

Dessa maneira, no Brasil, a APS é *tratada* nos documentos oficiais do governo como Atenção Básica<sup>1</sup>, realizada através da Estratégia Saúde da Família (ESF), oriunda do Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994. Esse nível de atenção à saúde é tido como prioridade desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, e o texto constitucional a enfatiza como um marco para a reconversão do modelo assistencial no país.

---

1 Nesse sentido, para este trabalho, quando for feita referência a programas e políticas de governo no Brasil, a APS será tratada como atenção básica, conforme for referenciada nos documentos.

Conforme descrito no Artigo 198 da Constituição Federal, os serviços de saúde devem ser ofertados de modo integral, priorizando as atividades preventivas sem prejudicar os serviços assistenciais. (BRASIL, 1988). A APS, portanto, é considerada a porta de entrada preferencial de acesso aos serviços de saúde e sua implementação possui o mais alto grau de descentralização e capilaridade, aproximando-se, cada vez mais, da vida das pessoas e de seu cotidiano. (BRASIL, 2012).

A estimativa de cobertura populacional por Equipes de Saúde da Família em 2015 atinge 1.994.100 dos habitantes em Belo Horizonte, ou seja, 83,23% da população total do município. Para o alcance dessa meta são utilizadas 578 Equipes de Saúde da Família, 2.285 Agentes Comunitários de Saúde, 273 Equipes de Saúde Bucal e 58 Núcleos de Apoio à Saúde da Família, implantados no município. (BRASIL, 2015; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA).

93

No *âmbito* da estruturação da gestão, além da administração central, existem nove Secretarias de Administração Regional no Município. As secretarias têm a função de coordenar as ações de implantação das políticas públicas urbanas, ambientais, sociais e de saúde em suas respectivas circunscrições, *ou seja*, os territórios referentes aos limites geográficos/territoriais relativos a cada gerência. (BELO HORIZONTE, 2005). Em conformidade com o princípio de regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), em cada uma destas Regionais, há representantes, dentre outras secretarias, da Secretaria Municipal de Saúde, os quais constituíram a amostra de entrevistados.

Assim sendo, este trabalho tem como objetivo compreender e analisar a atenção primária no contexto do SUS, no município de Belo Horizonte na percepção dos gestores da atenção primária. O

estudo possui uma abordagem qualitativa, utilizando como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada.

A escolha do município de Belo Horizonte justifica-se pela sua importância no contexto estadual. Trata-se da capital do estado de Minas Gerais, com uma população, em 2010, segundo o censo demográfico, de 2.375.151 habitantes. De acordo com dados do IBGE, a população estimada para esse município é da ordem de 2.505.557 habitantes, no ano de 2015.

Para apresentação do debate proposto, o trabalho foi organizado em sete tópicos. Inicialmente a introdução, que apresentou a temática da pesquisa, na sequência desenvolve-se uma discussão histórica e conceitual da APS com apresentação da sua trajetória, princípios e rumos. O tópico 5 aborda os fundamentos da metodologia qualitativa e o desenho da amostra intencional adotada pelo estudo de caso para análise dos serviços de atenção primária no município de Belo Horizonte. Na sequência, no tópico *Resultados*, apresenta-se a análise dos dados coletados: a “voz” do sujeito de pesquisa e sua percepção sobre a APS. Finalmente, no tópico 7, as conclusões mais relevantes deste estudo.

94

## **2 BREVE ANÁLISE DA TRAJETÓRIA DA APS**

A APS é evidenciada como uma das estratégias que contribuem com o processo de reversão de condições precárias de saúde<sup>2</sup> dos estratos populacionais mais vulneráveis, reconhecidos como maiores dependentes do sistema, o que evidencia a relevância deste estudo.

Desde meados do século XX, a APS compõe o debate internacional no campo da saúde pública. Exemplo disso é o *Canadá* onde, com

---

2 Em termos da perspectiva que considera APS como estratégia direcionada a promoção, prevenção, reabilitação e integralidade com os outros níveis da assistência preconizada pelo Ministério da Saúde.

o objetivo de reorganizar o seu modelo de atenção à saúde, o então ministro da saúde do Canadá, Mark Lalonde, propôs um novo modelo de assistência, explicitado no Relatório Lalonde - Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses (1974). Nessa perspectiva, a tão valorizada assistência médica, focada no controle da doença, seria substituída por ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde. Tal medida foi fortemente influenciada pela Medicina Social Inglesa, na qual a centralidade do cuidado aconteceria por meio de consultas ofertadas por médicos da família e da comunidade.

linhada aos princípios do Relatório Lalonde, em 1978, foi realizada a Conferência Internacional de Alma Ata na Rússia sobre Cuidados Primários de Saúde, relevante marco teórico para esse nível de atenção. Os participantes da Conferência expressaram, por meio da Declaração de Alma Ata, a necessidade de uma ação urgente voltada para a promoção da saúde de todos os povos do mundo. Nessa Conferência, a seguinte definição foi atribuída aos cuidados primários:

95

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança. Integram tanto o sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o

primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (BRASIL, 2002, p.33).

A partir da intensa mobilização para o debate sobre a APS, a Organização Mundial de Saúde (OMS) realiza a Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986. Diante das novas expectativas referentes à Saúde Pública, os participantes elaboram a Carta de Ottawa, documento que contribuiria para a conquista da *Saúde Para Todos*. Em continuidade ao processo de discussão sobre promoção da saúde, diversas declarações foram formuladas durante outras conferências realizadas posteriormente<sup>3</sup>. Tais encontros reforçam a importância da construção e implementação da Promoção da Saúde.

O Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, que teve seu auge com a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 1986, e posteriores encaminhamentos, como o reconhecimento da saúde como direito social na Constituição de 1988, foram importantes precedentes da construção da APS e contribuíram para a reorganização do modelo assistencial no país. Ressalta-se que o relatório redigido durante a Conferência foi sintetizado pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária e serviu de base para elaboração dos princípios referentes ao capítulo sobre a Saúde da Constituição Federal, tendo em vistas que durante o encontro foram discutidos os seguintes temas: saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial. (BRASIL, 1986).

96

---

3 Dentre as Conferências e seus respectivos Documentos de Promoção da Saúde, pode-se citar: 1) Segunda Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde: Declaração de Adelaide (1988); 2) Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde: Declaração de Sundsvall (1991); 3) Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde: Declaração de Jacarta (1997); 4) Quinta Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde: Declaração do México (2000). Houve também duas Conferências de caráter sub-regional, realizadas em Bogotá (1992) e Port of Spain (1993).

Dessa forma, os artigos de 196 ao 200 da Constituição Federal foram, em seguida, regulamentados pelas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõem, respectivamente, sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e outras providências; a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. (BRASIL, 1990).

Após tais regulamentações, o SUS, desde sua criação, vivencia desafios para consolidação da universalização do acesso aos serviços de saúde. Segundo Levicovitz (2001), houve, de fato, ampliação do acesso em termos de população assistida e ações oferecidas pelo SUS, entretanto não se pode deixar de destacar os desafios referentes às persistentes desigualdades no acesso, frequente medicalização e uso inadequado de tecnologias e os constantes problemas no âmbito da qualidade e resolutividade da atenção em diversos serviços do SUS em todo o país.

97

A fim de superar alguns dos desafios impostos no início do processo de implantação do SUS, várias Portarias foram publicadas no decorrer da década de 1990 (além das regulamentações já citadas) e anos 2000, destacando-se as Normas Operacionais Básicas (NOBs) de 1991, 1992, 1993 e 1996 e as Normas Operacionais da Assistência à Saúde - de 2001 e 2002. Tais regulamentações foram tomadas pelo Estado como importantes ferramentas para o processo de descentralização e divisão de responsabilidades entre os três entes federados e possuem caráter transitório, podendo ser reeditadas ou substituídas na medida em que os objetivos vão sendo alcançados.

Cabe destacar que a NOB-96, vigente entre os anos de 1998 e 2000, contribuiu para a oferta das ações e serviços do nível primário, tendo em vista que um dos seus objetivos eram a promoção e a reorganização do modelo de atenção à saúde, adotando-se como estratégia principal a ampliação de cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pela criação de um incentivo financeiro aos municípios de acordo com a população efetivamente coberta pelos programas e da incorporação dos procedimentos relacionados aos programas no custeio federal da atenção básica. (LEVICOVITZ, 2001). Nessa perspectiva, a proporção de cobertura do PACS passou, de 26,92%, em dezembro de 1998, para 42,76% em dezembro de 2000. Da mesma forma, houve um significativo aumento na cobertura das equipes de saúde da família, passando de 4,4% para 17,43%, no mesmo período. Atualmente a cobertura do PSF atinge, com uma maior abrangência, em dezembro de 2015, 129.241.994 brasileiros estavam sob o acompanhamento de agentes comunitários de saúde e 123.605.306 eram assistidos por equipes de saúde da família, representando um percentual de 66,63% e 63,72%, respectivamente, de cobertura dos Programas. (BRASIL, 2015).

O PACs e o PSF, ainda, mostram-se como importantes estratégias para o aprimoramento e na consolidação do SUS, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar. Ressalta-se que, inicialmente, os Programas eram implantados, preferencialmente, em áreas de maior risco social e priorizavam famílias mais expostas aos riscos de adoecer e morrer.

### **3 PRINCÍPIOS DA APS**

A APS, nomeada nas políticas e programas de governo no Brasil como Atenção Básica, é assumida como um conjunto de ações de saúde, de aspecto individual e coletivo, que envolve a promoção e a proteção

da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. *É orientada* pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Suas ações visam ao desenvolvimento de uma atenção integral, que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde da população, estimando-se que 85% dos problemas de saúde podem ser resolvidos no primeiro nível de atenção. (BRASIL, 2012).

A necessidade da reorganização do modelo assistencial em nível da Atenção Primária ocorre devido à mudança no contexto epidemiológico, que coloca em cheque o modelo tecnicista/hospitalocêntrico. Esse se mostra insuficiente para o atendimento das necessidades em saúde da população, transformadas em função da emergência de um novo perfil epidemiológico embalado pelas mudanças do mundo moderno. Em países em desenvolvimento, a transição epidemiológica é marcada pela dupla carga de doença que tem se manifestado claramente, principalmente nos últimos anos, nos quais o predomínio das doenças infecciosas e parasitárias, que predominaram na metade do século XX, passou para o predomínio hegemônico e crescente das doenças crônicas, observadas a partir da segunda metade deste mesmo século. (BRASIL, 2015; BRASIL, 2004). No caso do Brasil, agrega-se o fenômeno das causas externas com sua significativa participação no quadro de saúde da população, delineando o evento da Tripa Carga Epidemiológica.

Para superação desse grave quadro sanitário, são implementadas novas diretrizes da Atenção Básica, como a concepção de território delimitado constituir-se como porta de entrada preferencial da Rede de Atenção, possuir população adscrita, desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população

atendida, garantindo assim a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado à saúde.

O processo de mapeamento consiste em uma etapa fundamental de apropriação/conhecimento do território pelas equipes de trabalhadores da atenção básica, com a produção de uma cartografia baseada em múltiplos mapas: físico, socioeconômico, sanitário, demográfico, rede social, etc.

Por meio da territorialização, amplia-se a possibilidade de reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população de uma determinada área de abrangência, bem como dos riscos coletivos e das potencialidades dos territórios. Na adscrição de clientela, a unidade básica de saúde atende somente a população residente em determinada área territorial. Para isso, delimita-se uma área geográfica de abrangência da unidade de saúde; os residentes na área são cadastrados pela unidade, e a unidade é de uso exclusivo desses moradores. (GIOVANELLA, 2009).

100

Já a longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica com a construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas, quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida.

Nesse contexto, a Atenção Primária firma-se como a porta de entrada preferencial do sistema e coordena a Rede de Atenção à Saúde (RAS), composta por uma série de equipamentos e serviços (BRASIL, 2012), os quais são articulados em níveis de complexidade crescente e desenvolvidos com o maior grau de descentralização e capilaridade, de modo que o cuidado esteja o mais próximo possível

das pessoas. Portanto, preconiza-se o uso de tecnologias de cuidado, complexas e multivariadas, que possibilitem o atendimento às demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância no território. (BRASIL, 2012).

Os serviços de Atenção Primária são desenvolvidos por Equipes de Saúde da Família (eSF), compostas por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A eSF poderá ser acrescida por profissionais de saúde bucal, sendo o cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal. Cada equipe é responsável por uma *média de 3.000* pessoas, não podendo ultrapassar o número de 4.000 pessoas e cada ACS é responsável por 750 pessoas, no máximo. Recomenda-se ainda que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade maior deverá ser a quantidade de pessoas por equipe. (BRASIL, 2012).

101

Com o objetivo de expandir a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária, em 2008, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituídos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, como fisioterapia, fonoaudiologia, geriatria, pediatria, ginecologia dentre outros. Mesmo compondo a Atenção Básica, os serviços do NASF são ofertados à população somente por meio de encaminhamento/referência das eSF, cumprindo, assim, com os princípios da continuidade do cuidado e integralidade da atenção. (BRASIL, 2012).

## 4 RUMOS DA APS

Embora o PSF seja fator essencial para a cobertura universal, ainda existem diversas lacunas no que diz respeito à cobertura total dos serviços ofertados. A análise indica que, dos 75% dos países ibero-americanos que responderam a um questionário referente à universalização da saúde, metade não possui serviço universal e 93% dos que possuem, ainda apresentam grupos populacionais sem cobertura, deixando, assim, milhões de excluídos, dos quais a maior parte corresponde às populações mais vulneráveis. (ANDERSON, 2016).

102

Os desafios para o alcance da universalidade são diversos e, de maneira geral, estão relacionados à supervalorização da especialização médica, à desvalorização da especialização em saúde da família, à crescente expansão e utilização de tecnologias em saúde, ao fortalecimento da indústria farmacêutica e de equipamentos, à mudança do perfil epidemiológico e demográfico, à ineficiência dos sistemas de avaliação dos serviços de saúde e à delonga do paradigma Cartesiano. Somados aos desafios mencionados anteriormente, a APS vem sendo comprometida por questões relacionadas ao financiamento e desinteresse dos governos em contribuir com a melhoria do sistema de saúde. (ANDERSON, 2016).

Mais do que nunca, a Estratégia Saúde da Família reafirma-se como fundamental para a reversão do modelo assistencial, uma vez que contribui para a expansão e consolidação da atenção primária, universalização e equidade dos serviços de saúde, sobretudo no que se refere à priorização de populações mais vulneráveis, uma vez que quanto maior o grau de vulnerabilidade das famílias maior é a prioridade dada pelo PSF e quanto maior o percentual de população pobre e extremamente pobre maiores são os investimentos e benefícios oferecidos aos municípios. Sua importância também se

justifica pela contribuição com a redução nas taxas de mortalidade infantil e das internações potencialmente evitáveis. (MALTA, 2013).

A assistência à saúde proposta desde o movimento pela reforma sanitária carrega em seu bojo um caráter de bem-estar e contribuição com a qualidade de vida da população. A construção da política enfrenta desafios e também avanços. Assim, preza pela qualidade da assistência, a qual, para ser medida, demanda modelos de avaliação e monitoramento.

As discussões acerca da qualidade no sistema de saúde, tanto no meio médico quanto em nível governamental e entre usuários, têm tomado maiores proporções à medida que se amplia o acesso aos serviços. (MALLET, 2005). Nesse contexto, os trabalhos de Avedis Donabedian apresentam-se como referência teórica fundamental ao desenvolvimento de modelos de monitoramento e avaliação da qualidade da saúde, tomado no presente estudo como principal marco teórico para análise. Além das contribuições acerca de conceituações sobre qualidade, Donabedian desenvolveu a tríade “estrutura-processo-resultados”, que sistematiza a avaliação qualitativa. (MALLET, 2005; REIS, 1990; SILVA, 1994).

103

No que concerne à qualidade, Donabedian (1988) preconiza que a definição desse termo prescinde de elementos relativos à performance dos profissionais de saúde, à atenção recebida pelos pacientes e à abrangência do acesso de serviços pela comunidade. No que tange à atuação direta do profissional de saúde, é relevante considerar sua capacidade técnica e a relação interpessoal construída com o paciente como fatores fundamentais a um serviço que maximize benefícios, minimize riscos, satisfaça pressupostos éticos e atenda às normas sociais e aos interesses diretos dos usuários. Ademais, o autor enfatiza a relevância da apropriada alocação de recursos financeiros nos serviços de saúde para aumentar sua eficiência e

atingir níveis ótimos de qualidade. Ainda baseado em formulações sobre qualidade, Donabedian (1990) estabelece um modelo teórico composto por sete pilares que englobariam todos os elementos relativos ao termo: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, os quais também são observados na organização do próprio Sistema Único de Saúde.

O primeiro pilar, o da eficácia, diz respeito ao melhor que pode ser feito sob determinadas circunstâncias. A efetividade implica atingir objetivos a partir da atividade dos profissionais de saúde. A eficiência significa atingir o melhor resultado com o menor gasto possível. Otimização diz respeito ao máximo hiato entre benefício e custo. Aceitabilidade implica o alinhamento da atividade dos profissionais de saúde aos desejos e objetivos dos pacientes e suas famílias. Legitimidade pressupõe a responsabilidade dos profissionais de saúde em face do bem-estar coletivo e não apenas de um paciente específico. Já a equidade se refere à justiça na distribuição de recursos e cuidados à população, no sentido de ampliar sua oferta para os grupos mais necessitados.

104

A partir desses pressupostos, como instrumental fundamental para entendimento da avaliação da qualidade em saúde, Donabedian constrói sua tríade “estrutura-processo-resultados”. Estrutura diz respeito às mais objetivas características da saúde. Envolve a oferta de recursos humanos (tanto em termos qualitativos como quantitativos), oferta de recursos materiais (quantidade e qualidade de equipamentos e da estrutura física em geral) e oferta de recursos financeiros. O processo implica todas as atividades realizadas entre profissionais da saúde e usuários do sistema de saúde e é analisado pela observação direta da ação dos profissionais de saúde ou de seus registros. A partir dos processos, objetiva-se o resultado, que pode ser analisado como o estado de saúde e a satisfação do paciente após interação com o sistema.

Ademais, preconiza, também, a importância da avaliação de interconexões entre os elementos da tríade e não cada um de forma isolada. A primeira conexão decorre de uma correlação positiva entre estrutura e processo. O segundo diz respeito à relação entre processo e resultado e implica tanto a avaliação do êxito obtido nas relações interpessoais quanto da capacidade técnica dos profissionais de saúde. (DONABEDIAN, 1988).

O autor reafirma a importância de avaliação da qualidade da saúde com base na análise de indicadores de todos os elementos da tríade e não só de um ou outro isoladamente. Isto permite suplementar as fraquezas e dificuldades obtidas na mensuração de um elemento com os benefícios de outro, de forma a permitir uma melhor análise com elementos menos restritos. A elaboração de indicadores deve, por fim, seguir critérios estatísticos pertinentes e há que se observar sua validade causal, sensibilidade e especificidade ao contexto. Explicita-se também a relevância dos registros dos profissionais de saúde como fonte de informação primária para avaliação dos indicadores baseados no tripé, o que implica sua imprescindibilidade à análise de qualidade.

105

Também são enfatizados dois tipos de critérios e padrões de avaliação da qualidade na saúde: implícito e explícito. O primeiro diz respeito a análises pessoais e a consequente emissão de juízos de valor de profissionais de saúde com base na sua experiência e conhecimento técnico. Esse apresenta a vantagem de fornecer análises altamente individualizadas e aplicadas a contextos de grandes especificidades. Já o segundo diz respeito a métodos de análise utilizados com base em critérios previamente explicitados e é realizado por grupos de profissionais. Além de ser menos custoso e mais simples que o modelo implícito, apresenta maior consistência e menor subjetividade nas análises. Donabedian (1988) explicita, no entanto, a relevância de se avaliar a qualidade da saúde a partir da combinação de padrões

de critérios implícito e explícito, de forma a aproveitar vantagens de ambos e minimizar as possíveis limitações do modelo, como a excessiva simplificação da realidade.

A relevância do modelo da tríade estrutura-processo-resultado é ímpar e suas contribuições servem de referência no monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços de saúde em relevantes programas de governo. A adoção desse modelo na análise da atenção primária em saúde do município de Belo Horizonte permite uma compreensão aprofundada dos limites e alcances da política e programas de saúde implementados pela administração pública para atendimento aos usuários do SUS.

## **5 METODOLOGIA**

106

A escolha pela pesquisa qualitativa no desenvolvimento desse estudo permite uma abordagem interpretativa dos significados dados pelas pessoas em seus contextos sociais específicos. Além disso, há o levantamento de hipóteses que podem ser testadas por meio de métodos quantitativos. Segundo Richie e Lewis (2003), a pesquisa qualitativa consiste em um conjunto de práticas interpretativas fazendo com que o mundo se torne visível, já que significados do cotidiano dos entrevistados (objetos de pesquisa) tornam-se evidentes nas técnicas abordadas. As autoras afirmam ainda que “os pesquisadores qualitativos estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando dar sentido ou interpretar fenômenos nos termos dos significados que as pessoas trazem para eles.” (RICHIE; LEWIS, 2003, p. 3).

Nas ciências sociais, a pesquisa qualitativa emerge de um relevante debate entre a sociologia positivista e a sociologia compreensiva. A perspectiva compreensiva opõe-se à sociologia positivista, fundada por Augusto Comte (1798-1857), a qual propunha um modelo de

abordagem exclusivamente neutra em relação ao pesquisador e seu objeto de estudo, classificando as ciências sociais como as outras ciências (naturais, físicas, químicas), exteriores ao indivíduo. Já a sociologia compreensiva propõe uma abordagem diferente das outras ciências para as ciências sociais, visto que os objetos se diferenciam nas respectivas ciências. Enquanto nas ciências físicas o pesquisador lida com objetos de fato, exteriores a ele, nas ciências sociais, o pesquisador lida com a subjetividade e valores dos indivíduos (objetos) pesquisados.

Tal modelo foi inicialmente defendido por Wilhelm Dilthey (1833-1911), entretanto, um de seus maiores expoentes foi Max Weber (1864-1920), que se apropriou da ideia exposta por Dilthey de compreensão interpretativa de casos particulares, ou seja, cada caso é único. Weber, com isso, valorizou a interação entre objeto e pesquisador, presumindo que a aproximação do objeto pesquisado, se dá, também, por influências dos valores e normas do pesquisador. (GOLDENBERG, 2004).

107

Partindo da premissa de que as abordagens qualitativas proporcionam uma interação maior entre o pesquisador e o objeto pesquisado, seja ele uma comunidade, seja indivíduos de uma comunidade. Assim, ao longo dos estudos iniciais que utilizaram métodos qualitativos, diferentes abordagens foram adotadas, tais como a observação participante, observação não participante, análise documental e análise de discurso. A partir da proposta de novas formas de interação que poderiam gerar novos e mais dados qualitativos, surgem as histórias orais, a abordagem da trajetória biográfica abordada por meio de entrevistas em profundidade, entrevistas de pares e Grupos Focais.

No caso da saúde, a abordagem social é legitimada pelo não reducionismo da cientificidade a uma só forma de se conhecer a

realidade. Ou seja, o impasse entre os métodos das Ciências Sociais *versus* Naturais e Biológicas deixa de existir se justificarmos que o objeto estudado constitui-se como histórico, e que, portanto, o investigador bem como seu objeto (o ser humano) possuem uma consciência histórica que dá sentido ao cotidiano e a realidade estudada. (MINAYO, 2014). Nesse sentido, a perspectiva utilizada neste trabalho tomou como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada ou entrevista em profundidade, em que há a interação de um entrevistado e um entrevistador, que discorrem com o auxílio de um roteiro de entrevista sobre determinado assunto, neste caso, sobre a Atenção Primária no contexto do SUS em Belo Horizonte.

108

Para seleção dos entrevistados, optou-se por uma amostra não probabilística de natureza intencional em que uma escolha deliberada dos respondentes obedece a critérios prévios e julgamentos do pesquisador. Trata-se de um estudo de caso sem a preocupação de geração de resultados representativos, mas permite um *approach* analítico em relação ao fenômeno estudado, ou seja, A APS no município de Belo Horizonte.

A amostra intencional foi constituída de Gestores Municipais de Saúde estratificados em quatro níveis: Gerente Regional de Saúde (GERSA), Gerente Regional de Assistência à Saúde (GERASA) e Gerente de Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e Gerência da Alta Gestão da Secretaria Municipal de Saúde; bem como foi ponderada pelos 10 Distritos Sanitários Regionais componentes do Sistema de Saúde do município de Belo Horizonte, quais sejam: Barreiro, Nordeste, Oeste, Norte, Venda Nova, Centro Sul, Noroeste, Pampulha e Leste. A intenção com essa estratificação e ponderação da amostra buscou uma relativa garantia da qualidade da informação em função da experiência profissional dos entrevistados e uma tentativa de evitar vieses na análise com integração na amostra de respondentes dos

respectivos 10 distritos sanitários de acordo com o quantitativo de UBSs existentes em cada regional e do montante da sua população adscrita.

A partir desses critérios, realizou-se uma entrevista com a *Gerência de Assistência à Saúde* da Secretária Municipal de Saúde e com outros 33 gestores distritais da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, quais sejam: Gerência de Distrito Sanitário (GERSA), Gerência Distrital de Atenção à Saúde (GERASA) e Gerência de Unidade Básica de Saúde (UBS)<sup>4</sup>.

As entrevistas foram analisadas em quatro dimensões estruturantes: Conceito e Prática da APS; Estrutura; Processos e seus Resultados. Na dimensão conceito e prática da APS, observa-se a concepção dos gestores municipais a respeito da APS e o cumprimento do princípio da universalidade, preconizado pelo SUS. Sobre a estrutura, afere-se a oferta de serviços de saúde, que depende de ativos como recursos humanos, equipamentos, financiamento e capacidade instalada. Quanto aos processos, busca-se a compreensão do acesso e da acessibilidade dos pacientes nas diversas etapas do cuidado. A dimensão *resultados* traz informações sobre o alcance dos objetivos propostos quanto à resolutividade, integralidade responsabilização, humanização e participação social, como demonstrado na Figura 1.

109

---

4 Por razões éticas e protocolares ao mencionar os entrevistados serão ocultados os seus nomes e sua identificação será estritamente institucional por meio do cargo ocupado, unidade lotada, tempo no cargo e tempo de atuação na área de saúde, respectivamente. Exemplo: Gerência de UBS, Heliópolis, 3, 8 anos.

**Figura 01 – Quadro teórico de dimensões e definições  
em relação à avaliação da Atenção Primária – para base  
analítica das entrevistas<sup>5</sup>**

<b>Dimensões</b>	<b>Definições</b>
1-DEFINIÇÃO E PRÁTICA DA APS	Caracteriza-se por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que utiliza de tecnologias de menor densidade, porém de elevada complexidade cognitiva, e que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Além disso, orienta-se pelos princípios constitucionais da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2006c).
2- ESTRUTURA	Oferta de serviços de saúde, ou seja, a disponibilidade de recursos humanos, equipamentos básicos, financiamento, capacidade instalada (estrutura física) e planejamento e gestão.
3- PROCESSOS	<u>Acessibilidade</u>
	Consiste no fácil acesso ao usuário para o sistema de serviços de saúde; o primeiro contato. (STARFIELD, 2002).
	<u>Acesso /Uso</u>
	A utilização abarca contato direto ou indireto com os serviços, resultantes da interação entre o indivíduo (procura o cuidado) e o profissional (que o conduz dentro do sistema). (TRAVASSOS; MARTINS, 2004)

110

5 Inspirada em de Avedis Donabedian (1988, 1990).

4- RESULTADOS	<u>Resolubilidade</u>
	É a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência. (BRASIL, 1990).
	<u>Integralidade</u>
	Significa o reconhecimento das necessidades de saúde da população e a garantia do fornecimento de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos e coletivos, exigidos e cada caso para todos os níveis de complexidade de assistência. Engloba ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. (BRASIL, 1990).
	<u>Responsabilização</u>
	Significa responsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam. (MENDES, 2002 apud EMISHIMAZAKI).
	<u>Humanização</u>
	Refere-se a “democratização das relações que envolvem o atendimento”, o “maior diálogo e melhoria da comunicação entre profissional de saúde e paciente”, o “reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais”, ou ainda, o “reconhecimento das expectativas de profissionais e pacientes como sujeitos do processo terapêutico”. Em suma, o desafio da humanização diria respeito à possibilidade de se constituir “uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo”. (DESLANDES, 2004).
<u>Participação Social</u>	
É a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. (BRASIL, 1990).	

**Fonte: Elaboração própria, 2016.**

A técnica utilizada para compreensão dos resultados foi a análise de conteúdo, que permite um olhar minucioso para os dados em três etapas distintas, a saber: pré-análise; exploração do material, e; tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A primeira fase possibilita uma leitura mais solta, em que se define, *a posteriori*, os documentos que serão utilizados para a análise propriamente dita e as dimensões de análise. A segunda etapa se faz, simultaneamente, nos procedimentos da primeira. A terceira, por fim, possibilita, a partir da seleção dos resultados, fazer as interpretações e inferências. (BARDAN, 2009).

## 6 RESULTADOS DA PESQUISA

112

Em Belo Horizonte, as primeiras eSF foram credenciadas em 2002, ano em que o município implantou, com o Ministério da Saúde, 2.243 Agentes Comunitários de Saúde, 382 eSF e 111 equipes de saúde bucal. (BRASIL, 2015). Observa-se, com base nos dados, um aumento de 24,89% da cobertura das equipes de saúde da família, uma vez que passou de 58,34% em dezembro de 2002 para 83,23% em dezembro 2015 (BRASIL, 2015); e ressalta-se que, nesse último ano, a média de pessoas assistidas por equipe de saúde da família era de 3450, tendo em vista que a estimativa de coberta populacional era de 1.994.100 munícipes. Os resultados demonstram que os desafios inerentes à atenção primária de saúde ainda existem, mas a dinâmica, bem como a oferta dos serviços foram ampliadas a fim de superá-los.

Em relação à definição e prática da APS há um consenso da concepção ampla do serviço e seu reconhecimento como porta de entrada do usuário no SUS. Os entrevistados, ao serem indagados sobre o que entendem por Atenção Primária à Saúde, responderam, em sua prevalência, adjetivos como “primeiro acesso”, “encaminha o usuário”, “complexa”, “aproximação do usuário”, “porta de entrada”,



Quanto à prática da APS, foi observada a atenção dada aos princípios preconizados pelo SUS para a Atenção Primária à Saúde; promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. No que tange à promoção e prevenção da saúde, são adotados programas e ações estabelecidas nos níveis federal, estadual e municipal, tais como as Academias da Cidade<sup>6</sup>, o *Lian Gong*<sup>7</sup> e os Grupos Operativos<sup>8</sup>.

Os princípios de diagnóstico, tratamentos e reabilitação são alcançados, respectivamente, por meio de consultas, orientações de profissionais da equipe de farmácia e atuação do NASF<sup>9</sup>. A figura 3 traz um esquema contendo os princípios e ações realizadas no âmbito das unidades básicas de saúde e outros equipamentos auxiliares, conforme apresentado pelos entrevistados.

---

6 Oferece atividades como ginástica aeróbica, caminhadas, alongamentos e aparelhos, além de orientação nutricional adequada para cada caso. Desde 2006, a Prefeitura de Belo Horizonte coloca em funcionamento essa rede de academias, desenvolvida pela Secretaria Municipal da Saúde.

7 Ginástica Terapêutica Chinesa que se caracteriza por um conjunto de três séries de 18 exercícios terapêuticos e preventivos que alia os conhecimentos da medicina ocidental às bases da medicina tradicional chinesa.

8 A técnica de Grupo Operativo consiste em um trabalho com grupos que promove um processo de aprendizagem para os sujeitos envolvidos. Para tanto, considera que aprender em grupo significa uma leitura crítica da realidade, uma atitude investigadora, uma abertura para as dúvidas e para as novas inquietações. (BASTOS, 2010).

9 Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolubilidade. (BRASIL, 2012).

**Figura 3- Esquema atividades praticadas nas Unidades Básicas de Saúde, Belo Horizonte, MG, 2016**



**Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa, 2016.**

Observou-se, com base nas várias entrevistas, os limites quanto à promoção da saúde. De acordo com os entrevistados, a alta demanda espontânea compromete o trabalho de promoção e prevenção. As equipes de saúde que realizam promoção e prevenção são as mesmas que atendem às demandas espontâneas. Quando essas aumentam, o tempo da equipe para realizar promoção e prevenção fica comprometido.

115

Na avaliação da universalidade, buscou-se captar a compatibilidade entre cobertura e território; e entre oferta e necessidades de saúde da população. Aferiu-se que há uma distinção na cobertura dos serviços de saúde de acordo com o perfil populacional:

É todo mundo cadastrado na nossa área de abrangência. E dentro da minha área de abrangência, a gente tem... Porque aqui em Belo Horizonte trabalha-se na classificação de risco. O meu centro de saúde, ele atende desde uma população de baixo risco, que é aquela população que é considerada baixo risco por ser uma população melhor socioeconômica, que seria uma população que usaria mais o convênio, mas que hoje ela está vindo para o SUS, e a população de muito elevado risco, que é uma população

carente mesmo, totalmente SUS-Dependente. A gente tem todas as realidades dentro da unidade, o baixo risco, o médio, o elevado e o muito elevado, mas todo mundo acompanhado. Um tempo atrás a população de baixo e médio pouco procurava o SUS, pouquíssimo mesmo, e hoje é uma população que procura muito, procura muito e exige até mais, porque como eles são esclarecidos, então eles demandam até mais que a população carente socioeconomicamente. Mas todo mundo cadastrado, acompanhado. (Fragmento da entrevista com a Gerência de UBS, Heliópolis, 3, 8 anos).

116

A Classificação de Risco mencionada na fala do Entrevistado “HELIOPOLIS” diz respeito ao critério utilizado pelo município para garantir a cobertura dos usuários na Estratégia Saúde da Família (ESF). Tal critério é o Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS), utilizado desde 1998 e atualizado em 2012. Ele define, por meio de variáveis de saneamento e socioeconômicas, quatro categorias às quais o domicílio é enquadrado. As categorias são estas: Baixo Risco; Médio Risco; Elevado Risco, e; Muito Elevado Risco.

Há uma garantia da cobertura dos serviços de saúde para população dos domicílios classificados como Muito Elevado Risco, Elevado Risco e Médio Risco. Portanto, o que a(o) entrevistada(o) diz é que usuários classificados como “Baixo Risco” e “Médio Risco” que antes não utilizavam o SUS, hoje estão migrando. Essa nova realidade exemplifica o cumprimento do princípio da Universalidade, pois nem todos estão cobertos pelo Programa, mas todos têm acesso garantido.

Ainda, ao tratar sobre universalização da saúde, cabe destacar a fala a seguir:

a atenção Primária, o Centro de Saúde, o município, a partir do momento que ele faz adesão, ele recebe financiamento do Ministério

da Saúde para dar conta desse nível de atenção. Porém, percebemos que a vizinhança, e a gente coloca, Sabará, Santa Luzia, Vespasiano, Ribeirão das Neves, essa linha de intercessão, muitas vezes esses residentes procuram Belo Horizonte, ou porque acham que a oferta de serviço é melhor, ou porque acham que o acesso é melhor, ou porque acham que a qualidade é melhor, ou porque está mais próximo mesmo. Muitas vezes o Centro de Saúde de Belo Horizonte é mais perto da casa dele, do que o do município onde ele reside. E isso para nós é um grande desafio, porque se a gente se propõe a trabalhar com vínculo, com a visita domiciliar, com a vigilância, aquele atendimento vai ser um atendimento que a nossa orientação é que não deixemos de dar o primeiro atendimento, principalmente uma situação aguda. Esse atendimento agudo, esse atendimento para resolver uma situação emergencial ou aguda, a orientação é que se dê esse atendimento, mas que depois referencie de forma responsável para o município de origem, nesse sentido. (Gerente de Assistência à Saúde da Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Gabinete, 6 meses, 21 anos).

117

Quanto à estrutura de serviços, os entrevistados ponderaram que se encontra organizada de acordo com os distritos regionais e mostra-se, em algumas regionais, sobrecarregada diante da expansão dos serviços e demandas de outros municípios.

**Figura 4 - Rede de infraestrutura física para prestação de serviços de saúde e Atenção Primária de Saúde do município de Belo Horizonte, Minas Geris, 2016**



**Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa.**

118

A expansão dos serviços decorre em muitos casos do aumento da oferta e da demanda. Nos últimos anos tem-se ampliado o leque de serviços ofertados nas UBSs, mas, também, com crescimento da demanda. Ao tratarmos sobre a distribuição geográfica dos serviços de saúde aparecem questões como ampliação da população, principalmente em regiões periféricas da cidade, em função da crise econômica e estimulada pela atual política habitacional. Ademais, nota-se que esse aumento de demanda tem sido motivado pela migração de usuários advindos da rede complementar de saúde, conforme identificado no fragmento de entrevista abaixo:

[...] Tem aquela população que as vezes tem um plano de saúde que é restritivo, que você acessa o serviço e paga por ele, então a população ela usa os dois, usa o SUS e a saúde suplementar, que as vezes usa o SUS para maior complexidade, onde

o plano de saúde não cobre. Mas, tem também aquela população que já pagou um plano de saúde há tempos e hoje não paga mais e migrou cem por cento SUS, então temos as duas situações. O fato é que o nosso volume de atendimento tem aumentado, e as nossas estruturas estão sempre precisando ser ampliadas. (Gerente de Assistência à Saúde da Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Gabinete, 6 meses, 21 anos).

Com relação aos equipamentos e medicamentos, há uma unanimidade entre os entrevistados sobre o apontamento da boa condição deles. Para todos os 34 entrevistados essa questão não constitui um limite para a qualidade e resolutividade da prestação dos serviços de saúde. Já o financiamento foi um fator limitador apontado pela maioria dos entrevistados. Há um entendimento geral da insuficiência dos repasses federais e estaduais para promoção dos serviços de saúde, como destacado abaixo:

O financiamento, hoje, ele está aquém do que o município precisa. Eu acredito que o município não consegue avançar mais por causa do financiamento. As ideias são ótimas, as propostas são muito boas, a gestão... Ela [a gestora] sabe onde estão os nossos críticos, ela sabe o que ela tem que fazer, mas ela não consegue porque falta financiamento. (Gerência de UBS, Lagoa, 6, 13 anos).

119

Sobre a questão de recursos humanos, há a *constatação de que* são escassos diante da demanda continuamente crescente, gerando um desequilíbrio entre a capacidade de assistência e as necessidades em saúde dos usuários do SUS:

*É a mesma história que eu te falei. Assim, não dá para falar que é suficiente, mas também se você me perguntar quanto que é o suficiente, é difícil de ser respondido. Porque é isso, as demandas, elas vão se multiplicando, e aí tanto na ponta, nos serviços mesmo, quanto aqui em nível de Distrito.*

*Vão se agregando cada vez mais processos para a gente acompanhar e aí não se agrega recursos humanos na mesma medida. Então é isso, não dá para falar que é insuficiente, mas também suficiente a gente observa que, enfim, poderia ter melhorias caso aumentasse. (GERASA, Nordeste, 1, 24 anos).*

Além da escassez, há questões relacionadas à rotatividade de profissionais, acentuadas pela dificuldade de contratação, com importantes implicações na eficiência dos serviços de saúde prestados, como relatado abaixo:

Então... médico existe uma rotatividade muito grande, os outros não, auxiliar de enfermagem sim, também. O município ele tenta conseguir contratar, normalmente final do ano, quando existe aquela turma que forma, a gente consegue contratar facilmente, mas durante o período, às vezes Maio, Outubro, a gente tem dificuldade. Em relação ao auxiliar de enfermagem, existe dificuldade, porque eles não recebem vale-transporte e nem vale-alimentação, então a gente só consegue contratar auxiliares de enfermagem que moram perto do Centro de Saúde. (Gerência da UBS, Ventosa, 5, 10anos).

120

Em termos de processos, a acessibilidade e o acesso/uso mostram-se como fatores relevantes a serem analisados. As diretrizes de atendimento implicam que toda demanda espontânea e imediata seja atendida, independentemente do local de residência. Dessa forma, pertencer ou não ao município e estar ou não adscrito à UBS para a qual se solicita atendimento não constituem um fator impeditivo para o atendimento. Entretanto, o tratamento integral só pode ser acessado pelo usuário na UBS na qual está cadastrado. Nesse caso, não pertencer ao município ou não estar adscrito à UBS apresenta-se como um fator limitador. Percebe-se, assim que, para os serviços de saúde prestados na APS, há acessibilidade, com restrições no acesso/uso.

Quanto aos resultados foram avaliadas os aspectos de resolubilidade, integralidade, responsabilização, humanização e participação social. Quando se perguntou sobre a resolubilidade dos serviços ofertados, há consenso de um processo de avanço. Foi apontada, como um dos pontos negativos, a baixa adesão dos usuários aos tratamentos. A Integralidade dos serviços é limitada pelo gargalo da atenção secundária:

Às vezes, quando você encaminha o paciente para a atenção secundária ele fica retido na atenção secundária. O generalista... O especialista também tem muita dificuldade, às vezes, de acreditar que a atenção primária vai conseguir controlar esse paciente, então às vezes eles ficam retidos e a gente não consegue fazer a roda girar. (Gerência de UBS, Jardim Leblon, 3, 32 anos).

A Responsabilização vem aperfeiçoando com a ampliação do uso do Prontuário Eletrônico, utilizado para inserir os registros clínicos dos atendimentos e também as fichas de coleta de dados preenchidas pela equipe em seu processo de trabalho. Apesar do funcionamento do Prontuário Eletrônico com ou sem conexão à internet, observam-se limitações quanto à adesão dos profissionais médicos, que, muitas vezes, não preenchem as fichas de forma correta, comprometendo a qualidade da informação sobre o estado de saúde dos usuários da APS.

A Humanização é incentivada por ações internas orientadas pela Política Nacional de Humanização, como observado na descrição abaixo:

A gente poderia dizer assim, é algo mais subjetivo, é uma humanização através de uma postura acolhedora. Para a Rede, a humanização, a gente tenta humanizar as relações de trabalho na cogestão, usando os princípios da política de humanização, chamando o trabalhador e usuário

para estar juntos, e é por aí. (GERASA, Noroeste, 2, 25 anos).

Já a Participação Social é garantida pelos diversos espaços de discussão. Assim sendo, observa-se que, mensalmente, são realizadas, em cada UBS, reuniões da Comissão Local de Saúde. Além disso, também há encontros regionais e municipal que possibilitam a institucionalização de canais de vocalização das demandas da população local:

Toda Unidade de Saúde tem um conselho local de saúde, onde se reúnem normalmente mensalmente, que é um momento que a população junto com o gerente e com os trabalhadores discutem os problemas locais, tem os conselhos distritais de saúde, onde também conversam sobre os distritos e tem o conselho municipal de saúde, nas reuniões periódicas do conselho municipal de saúde. (Gerente de Assistência à Saúde da Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte – Gabinete, 6 meses, 21 anos).

122

Os resultados aqui apresentados caracterizam-se como um estudo exploratório de natureza qualitativa com importantes indicativos de evidências e tendências sobre a APS do município de Belo Horizonte. Ou seja, demonstra que a APS vem se constituindo com uma estratégia consistente de reconversão do modelo assistencial instituindo a primazia da prevenção, promoção e como campo de implementação de inovações que transitam desde novos procedimentos de acolhimento ampliado, humanização da atenção até o incremento da participação social.

## **6 CONCLUSÕES**

A reflexão aqui proposta, ao direcionar para a atenção primária à saúde, buscou ir além de números e base de dados quantitativos no intuito de conhecer a análise que os próprios gestores da APS fazem

sobre o processo de construção e fortalecimento desse nível de atenção. Para tanto, identificou-se a concepção de Atenção Primária que orienta o trabalho de gestão desses profissionais, bem como uma análise sobre estrutura dos serviços e resultados dos processos.

Em relação ao conceito e prática da APS, há um consenso da concepção ampliada do serviço e seu reconhecimento como porta de entrada do usuário no SUS. Há atenção aos princípios de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, preconizados pela Política Nacional de Atenção Básica do SUS e realizados mediante programas específicos, sendo estes municipais, estaduais ou federais.

Segundo os gestores abordados, a alta demanda espontânea assim como a insuficiência de recursos humanos compromete o trabalho das equipes de saúde da família, tendo em vista que estas deixam de realizar ações de promoção e a proteção da saúde em virtude da necessidade urgente de realização de diagnóstico, tratamento, reabilitação e de redução de danos.

123

Ao tratarem sobre a estrutura de serviços, afirmam que ela também é organizada de acordo com os distritos regionais e tem se mostrado, em algumas regionais, sobrecarregada diante da expansão dos serviços e demandas advindas de outros municípios.

Em termos de processos e resultados, reconhece-se a complexidade de acolhimento e abordagem da atenção à saúde e o impacto dos fatores socioeconômicos e ambientais no quadro epidemiológico da população. Nesse sentido, evidencia-se a importância da política de Atenção Primária como estratégica para reversão das condições precárias de saúde, principalmente dos estratos populacionais mais vulneráveis, reconhecidos como maiores dependentes da Rede de Atenção Primária do SUS.

Os resultados demonstram que é possível identificar avanços importantes em termos de modalidades de prestação de serviços de Atenção Primária no município, mas ainda indicam restrições relativas à sua cobertura. As fragilidades ainda se apresentam como desafio à qualidade do serviço e seu alcance.

## REFERÊNCIAS

ANDERSON, M.I.P; et al. Cobertura Universal en Salud, Atención Primaria y Medicina Familiar. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, n. 12, s. 1, p. 4-30, ene./mar. 2016.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Portugal: Edições 70, 2009.

BASTOS, A. B. B. I. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichoin-Rivière e Henri Wallon. **Psicólogo in Formação**, ano 14, n. 14, jan./dez. 2010.

BELO HORIZONTE. **A Atenção Básica de Saúde em Belo Horizonte**: Recomendações para a Organização Local. Belo Horizonte, 2006.

BELO HORIZONTE. **Principais políticas, projetos e programas desenvolvidos na Região Norte**. Academia da cidade. <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=15857&chPlc=15857&&pIdPlc=&app=salanoticias>>. Acesso em: 27 abr. 2016.

BELO HORIZONTE. **Academia da Cidade**. <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contents.o?evento=conteudo&idConteudo=26825&chPlc=26825&chPlc=26825&&pIdPlc=&app=salanoticias>>. Acesso em: 27 abr. 2016.

BELO HORIZONTE. **Lei 9.011, de 1º de janeiro de 2005**. Dispõe sobre a estrutura organizacional da Administração Direta do Poder Executivo e dá outras providências. <[file:///C:/Users/x10955792/Downloads/20150804\\_lei9011\\_atual.pdf](file:///C:/Users/x10955792/Downloads/20150804_lei9011_atual.pdf)> Acesso em: 24 ago. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao\\_sus\\_v.1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.1.pdf). Acesso em: 24 ago. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasil: CONASS, 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto legislativo nº 186/2008 e pelas emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. 35. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012.

BRASIL. **e-SUS Atenção Básica**. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php?conteudo=perguntas\\_frequentes\\_esus](http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php?conteudo=perguntas_frequentes_esus)  
Acesso em: 28 abr. 2016.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.080, de 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set.1990.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.142, de 28 dez. 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez.1990.

125

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.645, de 02 de outubro de 2015. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União**, Brasília, 05 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **Declaração de Alma Ata** - As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **Carta de Ottawa** - As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. 4. ed.ampl. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Previdência Social. VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final**. Brasília, 1986.

DONABEDIAN, A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? **JAMA**, v. 260, n.12, p. 23-30, Sept. 1988.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med.**, n.114, p. 1115-118, 1990.

126 GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M.HM. **Atenção Primária à Saúde**. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil, 2009. p. 575, cap. 16.

GOLDENBERG, M. **A arte de Pesquisar**. Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Record, 2004.

BRASIL. Portal da Saúde. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Departamento de Atenção à Saúde (DAB). Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)> Acesso em: 15 dez. 2015.

LEVCOVITZ, E. et al. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.6, n.2, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232001000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200002)> Acesso em: 01 dez. 2015.

MALLET, A. L. R. Qualidade em Saúde: Tópicos para Discussão. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, set./out., 2005.

MALTA, D. C. et al. Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

REIS, E. J. F. B. dos; et al. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 6(1): 50-61, Jan/Mar, 1990.

RITCHIE, J; LEWIS, J. **Qualitative Research Practice**. London: Thousand Oaks and New Delhi: SAGE, 2003.

VIEGAS, M. A. (Org.). **Equidade na saúde**: o Programa de Saúde da Família em Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2013.

Recebido: 15/12/2016

Aprovado: 22/12/2016