

Desafios para a implantação da Estratégia de Saúde da Família em municípios de grande porte no Brasil. Um estudo de caso

Challenges for the implementation of the Family Health Strategy in big cities in Brazil. Case study

Rogério Campos Lopes,¹ Maria Valéria Pavan,² Fernando Antonio de Almeida²

RESUMO

A baixa cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos grandes municípios (35%) evidencia a dificuldade para se consolidar como política de saúde. **Objetivos:** identificar a situação da ESF em Sorocaba/SP e entender as dificuldades para a sua implementação e manutenção. **Métodos:** pesquisa descritiva, exploratória e qualitativa. Foram avaliados dados documentais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e realizadas entrevistas com seis gestores. De 1998 a 2016, a cobertura populacional da ESF passou de 2,5% para 25,5%, aumento devido à adesão ao Programa Mais Médicos. **Resultados:** os gestores apontaram como dificuldades para a implementação da ESF: falta de financiamento, pouco apoio estadual e federal, mudanças frequentes na SMS, resistência dos profissionais de saúde às políticas do SUS. **Conclusões:** são necessárias mudanças de conceito da gestão municipal e quebra de resistências políticas para viabilizar a ESF como modelo de Atenção Primária à Saúde em grandes municípios.

Palavras-chave: Estratégias de Saúde Nacionais; Atenção Primária à Saúde; Sistemas Locais de Saúde; Medicina de Família e Comunidade; Educação em Saúde.

ABSTRACT

The low coverage of the Family Health Strategy (FHS) in big cities (35%) shows the difficulty to consolidate as health politic. **Objectives:** to understand the situation of the FHS in Sorocaba/SP and the barriers for its implementation and maintenance. **Methods:** Descriptive, exploratory and qualitative research. Documents from the Municipal Health Department (MHD) were evaluated, and 6 health managers were interviewed. From 1998 to 2016, FHS population coverage increased from 2.5% to 25.5%, due to adhesion to *Mais Médicos* Program. **Results:** The managers pointed as difficulties in the implementation of FHS: lack of financing, little state and federal support, frequent changes in MHD, health professionals' resistance to Unified Health System policies. **Conclusions:** there is a need for changes in the concept of local health management and a breakdown of political resistance to consolidate FHS as a model of Primary Health Care in big cities.

Key-words: National Health Strategies; Primary Health Care; Local Health Systems; Family Practice; Health Education.

INTRODUÇÃO

Em 1978, com o objetivo de definir novas estratégias assistenciais baseadas no conceito de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ocorreu na cidade de Alma-Ata (Cazaquistão, antiga URSS), a Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em Saúde, importante marco para o estabelecimento dos princípios

básicos da atenção primária à saúde (APS) como estratégia de assistência à saúde, caracterizando-a como prática preventiva e de promoção da saúde física, social e psicológica de forma ampliada e com menores custos.¹ Na década de 90, a OMS reafirmou um conjunto de princípios que constitui as bases da APS, divulgados na Carta de Lubliana (*World Health Organization*, 1996).²

¹ Prefeitura Municipal de Itajubá - Itajubá (MG), Brasil.

² Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde - Sorocaba (SP), Brasil.

Autor correspondente: Fernando Antonio de Almeida

PUC-SP/FCMS - Rua Joubert Wey, 290 - CEP.: 18030-070 - Sorocaba (SP), Brasil.

E-mail: faalmeida@pucsp.br

Recebido em 27/08/2022 - Aceito para publicação em 22/12/2022.



As diretrizes presentes nesse documento foram prontamente aceitas por vários países europeus e apontam que os sistemas de atenção à saúde devem ser dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional; direcionadas à promoção e proteção da saúde e centradas nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem nos serviços, assumam a responsabilidade por sua própria saúde e estejam focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade baseada em financiamento sustentável, permitindo a cobertura universal e o acesso equitativo direcionados para a APS.

Esses conceitos definem a APS, abrangente ou ampliada, como a instância onde a pessoa tem o primeiro contato com o sistema de saúde não especializado, incluindo grande espectro de serviços clínicos e ações de saúde pública, direcionados a resolver a maioria dos problemas de saúde da população. Esse é o modelo adotado no Brasil, que entende a APS como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando participação da comunidade, intersetorialidade, enfrentamento dos determinantes sociais de saúde, utilização de tecnologia apropriada e relação custo-benefício sustentável.

O reconhecimento da saúde como “um direito social e um dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação”, na Constituição do Brasil de 1988, deu o instrumento legal e estabeleceu nova correlação de forças na sociedade e no cenário político para a ampliação da busca pela saúde como direito.³ É evidente que direitos dessa natureza, que envolvem as diferentes estruturas da sociedade, não se conquistam por decretos, mas com atitudes políticas e de cidadania.

O Programa de Saúde da Família (PSF), o primeiro a ser introduzido nacionalmente, foi precedido pelo Programa de Agentes de Saúde, que teve grande repercussão política pelos seus resultados positivos, especialmente na diminuição da mortalidade infantil no Estado de Pernambuco, levando-o a ser adotado em todo o país pelo Ministério da Saúde (MS) com a denominação de Programa de Agente Comunitário de Saúde.⁴ Criado em março de 1994, o PSF foi coordenado pela Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde como estratégia para promover mudanças no modelo de atenção vigente, a Unidade Básica de Saúde.⁵

O PSF foi reforçado pela Política Nacional de Atenção Básica como estratégia prioritária da expansão e consolidação dessa política.⁶ No PSF, a equipe mínima é composta por um médico, um enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Tal grupo é responsável pelo atendimento de 800 a 1.000 famílias de um território adstrito.⁵ Essa equipe deve resolver, aproximadamente, 85% dos problemas de saúde e prevenir doenças, resultando na melhor qualidade de vida da população.

Nessa mesma linha teórica, Starfield⁷ (2002) enfatiza que o sistema organizado desde o primeiro nível de atenção, possibilita melhores condições de saúde à população. No entanto, a efetividade da organização do sistema depende de investimentos públicos e adoção de modelos de processo de trabalho e gestão.⁸

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), que sucedeu o PSF, encerra em sua concepção mudanças na dimensão organizacional do modelo assistencial ao constituir a Equipe de Saúde da Família, multiprofissional e responsável pela atenção à saúde da população de determinado território, voltada à atuação comunitária, ampliando a atuação da equipe sobre os determinantes mais gerais do processo saúde-enfermidade.⁸ Embora tenha custo mais alto para implantação e manutenção, estudos sobre a ESF confirmam melhor desempenho em comparação aos modelos tradicionais de APS, tais como integralidade, orientação comunitária e familiar;⁹ acesso aos serviços de saúde;¹⁰ maior satisfação de usuários e profissionais de saúde;¹¹ maior equidade;¹² melhor assistência materno-infantil;¹³ maior utilização de atendimento domiciliar¹⁴ e maior conscientização da população sobre doenças crônicas.¹⁵

Há evidências científicas das vantagens da ESF promovendo maior equidade e inclusão na utilização de serviços e dos diversos componentes de suas ações programáticas, sendo eles promoção da saúde, prevenção, tratamento de doenças e agravos prevalentes.¹²

Os estudos explicitam adequação da ESF ao identificar sua maior presença em locais mais afastados, pobres e com pior infraestrutura no país.¹⁶ Portanto, seu alcance e capilaridade facilitam o acesso da população socialmente vulnerável a serviços e cuidados de saúde, dos quais estava historicamente excluída.¹²

Entretanto, essa não é a realidade na maioria dos municípios de grande porte. Portela e Ribeiro¹⁷ analisaram a sustentabilidade econômico-financeira da ESF em municípios brasileiros de grande porte (superior a 100 mil habitantes), considerando a região geográfica, o porte populacional e a participação no Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). Concluíram que municípios da região Sudeste, a mais desenvolvida do país, apresentam, em média, melhores desempenhos econômico-financeiros, porém valores médios de cobertura de ESF mais baixos.¹⁷ Segundo esse estudo, em 2011 a ESF estava presente em 90,7% dos municípios com menos de cinco mil habitantes, em 56,9% dos municípios com população entre 50 a 99,9 mil habitantes, em 38% dos municípios de 100 a 500 mil e nos municípios acima de 500 mil habitantes em 30%.¹⁷ Dessa forma, o esforço de ampliar a cobertura nos municípios com população superior a 100 mil habitantes precisa continuar, pois, embora o percentual de cobertura de 2003 para 2011 tenha se elevado, é considerado insatisfatório.¹⁸ Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) coletou dados sobre acesso e utilização de serviços de saúde, como cobertura da ESF e informações sobre visitas domiciliares e mostrou disparidades regionais com maior relevância em municípios de grande porte da região Sudeste.¹⁸ Se a ESF sinaliza ser superior à atenção básica tradicional, quais motivos dificultam sua implantação em municípios de grande porte?

Dain *et al.*¹⁹ foram os pioneiros em pesquisar as possíveis causas de resistência e dificuldades para implantar a ESF nas cidades de grande porte brasileiras. Apontam que grandes cidades brasileiras apresentam dificuldades específicas para a transformação do modelo assistencial de saúde local, decorrentes de vários fatores, tendo maior relevância: as transformações

demográficas e epidemiológicas que afetam centros urbanos; envelhecimento da população e consequentes mudanças do perfil de morbidade e mortalidade; maior incidência de agravos oriundos da violência urbana; desigualdades socioeconômicas e das redes de serviços entre as várias áreas da cidade; custos mais elevados para implantação da ESF em relação aos serviços tradicionais de saúde; existência prévia de uma grande e complexa rede de serviços tradicionais de saúde, com naturais resistências às propostas de mudanças; deterioração da infraestrutura física, material e recursos humanos na rede de serviços; modelo de prestação de serviços de saúde fundamentado na produtividade, por procedimentos realizados, que acentua o processo de medicalização das ações de saúde; maior resistência às mudanças onde as entidades profissionais são mais organizadas; e as diversidades culturais, educacionais e sociais da população.

Sorocaba (SP) é um município com a população estimada em 687 mil habitantes (2020), a 9ª cidade mais populosa do Estado de São Paulo, sede da região metropolitana composta por 26 municípios, que reúne 2,06 milhões de habitantes.

Em 1997, houve o processo da municipalização da gestão do sistema de saúde e Sorocaba optou pela gestão plena. Na ocasião foram feitas capacitação das equipes, dos gestores e territorialização. Em 1998 e 1999, foram implantadas as quatro primeiras equipes de ESF no município. Em 2000, o PSF sofreu impacto negativo devido à perda de parte da equipe de enfermagem, que tinha contrato de trabalho temporário. Em 2013, com a mudança de governo, a nova administração propôs fortalecimento da atenção integral, processo de regionalização do município e adesão ao Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), ampliando o número de equipes de ESF.

Examinando dados do MS e SMS, verifica-se que, de 1998 a 2016, ocorreu um aumento no número de equipes de ESF, de quatro em 1998 para quarenta e quatro em dezembro de 2016, ou seja, de 2,5% da população coberta para 25,5%, valor ainda inferior à média dos municípios de pequeno, médio e grande portes.²⁰ Entretanto, todo esse aumento deve-se exclusivamente à adesão ao PMMB, instituído pela lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.

O PMMB, além do provimento emergencial da atenção à saúde em áreas vulneráveis, contempla um importante indutor de medidas capazes de reduzir as desigualdades de acesso à APS resolutive em grandes municípios, através de investimentos na infraestrutura da rede de saúde, ampliação de vagas e reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina, residências médicas e multiprofissionais no Brasil, com foco na valorização da APS em áreas prioritárias para o SUS.²¹ Assim, a última ampliação da ESF no município de Sorocaba (SP) foi possível devido ao ingresso de 39 médicos do PMMB no município, gerando a necessidade de criação de uma equipe de ESF para cada médico desse programa federal.

Em 2019, após as mudanças do MS em relação ao PMMB, em particular o fim do acordo de cooperação e permanência dos médicos cubanos no programa, poucas equipes de ESF foram mantidas com os médicos próprios (concurados) do município de Sorocaba. Desde então, a maioria das equipes de ESF do município é composta por médicos

contratados pelos novos editais do PMMB, que estão regularmente registrados nos respectivos conselhos regionais de medicina. Mesmo assim, algumas equipes de ESF foram totalmente ou parcialmente desativadas, e algumas unidades voltaram à condição de unidades básicas de saúde (UBSs) tradicionais.

Nesse contexto, o objetivo primário deste estudo foi conhecer o processo de planejamento e implementação da ESF em um município de grande porte, tendo como estudo de caso o município de Sorocaba (SP). Secundariamente, procuramos entender os principais desafios e dificuldades para a consolidação da ESF em municípios com essas características. A coleta de dados e as entrevistas do estudo foram realizadas antes do início da pandemia de COVID-19 e devem ser entendidas nesse contexto.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso através de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa e com propostas para intervenção. O referencial da pesquisa foi a teoria das representações sociais de Moscovici, que trata da produção dos saberes sociais. Centra-se na análise da construção e transformação do conhecimento social e tenta elucidar como a ação e o pensamento interligam-se na dinâmica social, naquilo que é comum a um determinado grupo de pessoas.²²

Participantes da pesquisa

Foram entrevistados seis gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que são funcionários estatutários do município, sendo: uma enfermeira, que foi Diretora de Área e Coordenadora da APS (G1); uma enfermeira, que foi Diretora de Área de Assistência e Educação em Saúde do município por três anos (G2); um enfermeiro, que foi profissional da ESF e, atualmente, é Coordenador de uma região de saúde do município (G3); um médico, clínico geral, que foi Diretor de Área de Assistência e Educação em Saúde por quatro anos e que, atualmente, trabalha no núcleo de informação da SMS (G4); uma médica, pediatra, que fez parte do Núcleo Ampliado à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF) e da gestão da APS/ESF (G5); uma médica, sanitária, que é responsável pela residência de medicina da família e comunidade (MFC) e da residência multiprofissional (G6). Por se tratar de entrevistas com roteiro pré-definido, o número de participantes foi definido por saturação, ou seja, quando as respostas eram repetitivas e não traziam novas informações.

Coleta de dados

A pesquisa documental foi realizada nos arquivos da SMS e os dados apurados confirmados com os entrevistados. As entrevistas foram realizadas com roteiro semiestruturado, com três temas principais: planejamento para implantação da ESF, apoio estadual e federal à ESF e avaliação municipal da ESF. Para o primeiro tema, “planejamento para implantação da ESF”, foram



elaboradas seis questões abordando o *modus faciendi* da SMS para a implantação da ESF. Para o segundo tema, “apoio estadual e federal à ESF”, foram aplicadas três questões envolvendo a capacitação e aplicação de recursos. O terceiro tema, “avaliação municipal da ESF”, tinha sete questões explorando como é feita a avaliação da ESF e sobre a influência do PMMB na estrutura da ESF do município. A elaboração do questionário semiestruturado foi embasada no “Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde”, adaptação do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool-Brasil).²³

As entrevistas foram transcritas pelo primeiro autor e a seguir o material foi analisado segundo a “análise de conteúdo” de Bardin²⁴ (2006), definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens. Após a análise, o conteúdo das expressões foi categorizado de acordo com o tema de cada parte das entrevistas e os resultados serão apresentados dessa forma.

Considerações éticas

Todo o processo da pesquisa obedeceu aos preceitos da Resolução 466/2012 do CNS. O projeto e o termo de consentimento livre e esclarecido foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP, campus Sorocaba-SP (CAAE: 57953616.1.0000.5373).

RESULTADOS

Dados documentais da rede de atenção primária à saúde do município

A rede de APS de Sorocaba conta com 33 unidades de saúde configuradas como UBSs tradicionais, unidades de saúde com ESF e unidades mistas, que podem ser UBS + ESF ou UBS + pronto atendimento (PA) ou ESF + PA. Dessas, 16 trabalham com a ESF, proporcionando uma cobertura para 25,5% da população. Os demais municípios (74,5%) são atendidos por UBSs tradicionais ou mistas, fora das equipes de ESF. Estima-se, por informações da SMS e do IBGE, que 51% dos habitantes do município, aproximadamente 350 mil pessoas, são usuários exclusivos do SUS e, conseqüentemente, da rede de APS municipal.

O município mantém ainda os NASFs por região, mesmo após a Secretaria de Atenção Primária em Saúde, do Ministério da Saúde (SAPS/MS), ter extinguido o financiamento para os NASFs através da Nota Técnica nº 3/2020 de 27/01/20. O município mantém oito unidades de urgência e emergência, sendo quatro unidades pré-hospitalares e quatro unidades de PA funcionando em UBS/ESF.

A rede hospitalar do SUS em Sorocaba é composta pelas seguintes instituições de saúde: Santa Casa de Misericórdia, que atende apenas usuários do SUS do município de Sorocaba; Hospital Santa Lucinda - próprio da Fundação São Paulo, mantenedora da PUC-SP -, que atende usuários do SUS, da saúde suplementar e particulares; Hospital Evangélico, que atende usuários do SUS, da saúde

suplementar e particulares; Conjunto Hospitalar de Sorocaba, que atende usuários do SUS da região e de Sorocaba (alta complexidade); e Hospital Regional de Sorocaba II, “Dr. Adib Domingues Jatene”, que atende aos usuários do SUS da região e de Sorocaba (alta complexidade).

Informações e análise das entrevistas com os gestores Planejamento para implantação das ESFs Critérios de escolha do território e etapas

Os entrevistados relataram que a escolha das unidades para implantar a ESF foi baseada em critérios de maior vulnerabilidade da população, presença de bolsões de pobreza, miséria, índices de mortalidade infantil, número de usuários dependentes do SUS, número de nascidos vivos nos territórios, número de beneficiários do programa Bolsa Família, número de pré-natais, porcentagem de gestantes, áreas isoladas da cidade, número de adolescentes e idosos.

Elaboração e tramitação do projeto para a ESF

Após a análise e escolha da unidade que receberá a ESF, é feita a elaboração de projeto, contendo número de pessoas a serem cadastradas, número de profissionais e infraestrutura da unidade. O projeto é analisado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), Conselho Municipal de Saúde e SMS. Após a aprovação é encaminhado para a Direção Regional de Saúde (DRS) e Ministério da Saúde (MS). Os relatos são unânimes e expressam a Portaria nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997, que normatiza a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do PSF, pormenorizando a responsabilidade de cada esfera de governo com o programa.

Questionados sobre as instâncias municipais envolvidas no processo de decisão para implantação da ESF, os gestores informaram que vários setores estão envolvidos, como SMS, Secretaria da Promoção Social e Cidadania, Conselho Tutelar, Conselho Municipal de Saúde e Pastoral, com o propósito de se construir um consenso sobre os locais que mais se beneficiariam com a implantação da ESF. Contudo, a decisão final é do poder executivo.

Influências político-partidárias

Para praticamente a totalidade dos gestores, a ESF sofreu e sofre forte influência de partidos políticos e ideologias, o que prejudica a sua consolidação como modelo de APS. Apenas um gestor acredita que as dificuldades não estão relacionadas às questões políticas e sim à orçamentária. A partir de 2013, com a mudança do olhar e do pensar técnico da gestão, observou-se uma mudança importante dessa vinculação.

G4: “Em 2013, com a ‘mudança’ da gestão municipal e a chegada de um secretário [de saúde] técnico, orientado por políticas públicas e apartidário, somada à chegada do PMMB, conseguimos ampliar a estratégia de 8,6% para 26% de cobertura (de 16 para 44 equipes).”



Influência financeira

Para alguns gestores a questão financeira se torna um impeditivo, mesmo com os repasses de verba que a ESF recebe do governo federal. Outros responderam que isso pode ser um entrave inicial, porém o custo, ainda que superior, acaba sendo diluído com a entrada de verbas federais atreladas à ESF e compensado pela melhora dos indicadores de saúde, reforçando a importância da ESF.

G1: “No caso de Sorocaba sofre bastante influência porque encarece muito o PSF. Nós, técnicos, entendemos a diferença entre a ESF/UBS. A ESF dá mais custo, porém mais resultado.”

Apoio estadual e federal

Contato entre gestão e técnicos do Ministério da Saúde e da Secretaria do Estado da Saúde, SP

Indagados sobre o apoio da Secretaria do Estado da Saúde, SP (SES) e do MS para a implantação da ESF, dois gestores relatam que o apoio da SES foi no sentido de orientar a forma de protocolar o processo de abertura das equipes, realizar o curso introdutório para ACS e promover reuniões com os gestores dos municípios pertencentes à área de abrangência da DRS.

Analisando diretrizes da portaria citada anteriormente (Portaria nº 1886/GM), verificamos que o apoio dado pelos técnicos do MS/SES seguiu regularmente as normativas de suporte para os municípios.

G3: “A [unidade] responsável era UNESP de Botucatu e foi dado treinamento introdutório para todas as quatro equipes [...]. Do MS tivemos, na época, [orientação] antes da decisão de adesão ao Programa de Saúde da Família.”

Relatam ainda que os técnicos da DRS apresentaram o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para funcionários da SMS.

Questionados com relação ao contato com os técnicos do MS, alguns responderam que ocorreu apenas no início da implantação da ESF. Gestores ligados à Educação em Saúde relatam que na expansão da ESF e solicitação de implantação do PMMB receberam visitas dos técnicos do MS.

Quanto ao apoio da SES para a implementação da ESF no município, houve convergência nos relatos dos gestores, indicando que o apoio foi mais presente na implantação, pois Sorocaba é município sede da DRS, não necessitava de apoio constante.

Capacitação de gestores e profissionais

Inicialmente, os profissionais recebiam formação/capacitação para o trabalho na APS. Quem trabalha atualmente na rede não passou mais por atualização, salvo os que utilizam a plataforma do UNASUS, que dispõe de educação à distância (EAD). Relataram em relação ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e residência de MFC, que alguns gestores receberam capacitação, pois a adesão reverte em investimentos para a equipe.

Utilização dos recursos

Quando os participantes foram questionados sobre a destinação e utilização dos recursos oriundos do MS para a ESF, todos os gestores responderam que as verbas do MS não têm destinação específica, mas vão para um caixa único e utilizado para todos os gastos relacionados à saúde do município.

G4: “O fato da ESF ser incipiente no município, todo processo de utilização de recursos é muito truncado, não há legislação municipal específica para viabilizar as necessidades da ESF [...], há entraves municipais que dificultam a utilização dos recursos.”

Avaliação municipal da ESF

Indicadores de saúde comparativos com modelos de APS

Todos os gestores relataram que comparações com outros modelos de APS são realizadas mensalmente ao longo de anos, utilizando ferramentas de avaliação como o SIAB, o Sistema de Pactuação de Indicadores do Pacto pela Saúde (SISPACTO), o PMAQ e a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), obtendo dados concretos da melhoria dos indicadores de saúde com a ESF. Nas unidades com implantação da ESF recente, os dados mostram melhorias e sempre são apresentados à SMS para motivar e justificar o investimento. Mas houve também relato de dificuldades com a produção das informações devido às frequentes mudanças ocorridas nas equipes.

Deve-se ressaltar que os gestores poderiam utilizar o instrumento PCATool-Brasil,²² na versão para profissionais de saúde, que possibilita melhor mensuração das metas a serem atingidas na APS.⁷

Indicadores de prevenção e promoção da saúde

Questionados se existe avaliação por parte do município dos indicadores de prevenção e promoção da saúde, um gestor respondeu que desconhece a existência dessa métrica. Os demais responderam que as ferramentas utilizadas são as mesmas da questão anterior, ou seja, SIAB, SISPACTO, PMAQ e AMQ.

O processo de trabalho nas equipes de ESF

As reuniões com a equipe de saúde da família ocorrem semanalmente para a discussão dos problemas, levantamento dos dados e planejamento das ações. Quando há mais de uma equipe da ESF na mesma unidade, elas se reúnem mensalmente. Observou-se que já existiram diversos modelos de processo de trabalho, que incluem a discussão com outros atores presentes na APS, tais como os docentes, estudantes e residentes das universidades e o próprio Conselho Municipal de Saúde. Porém, o processo de trabalho muda conforme a mudança da gestão na SMS.

G6: “Já fizemos toda tentativa de discussão. Além das discussões em equipes no dia a dia, com a universidade, encontro dos Conselheiros Municipais e outras iniciativas.”



Estratégia de saúde da família como modelo de atenção primária à saúde abrangente

Questionados se acreditam que a ESF seja um avanço para a saúde global do município em relação à estrutura das UBS tradicionais, todos responderam que a ESF se mostra mais efetiva, trabalha buscando a melhoria da qualidade não só curativa, mas também preventiva das questões de saúde. Relatam que a população se sente amparada, facilitando o acolhimento de seus problemas através do ACS, importante elo entre os profissionais e a comunidade.

G6: “Sem dúvida. A população passa a ter nome e rosto; o cuidado pode ser mais específico e detalhado, a unidade “sai” e vai à rua ver e acessar o usuário; o bairro passa a ser uma preocupação do todo.”

A totalidade dos gestores acredita na ESF como o principal modelo de APS, pois nela é possível ter a visão de trabalho centrado nas pessoas. Tira-se o foco da doença, realiza-se uma escuta qualificada, acolhe-se o indivíduo e a família. Diferencia-se ao buscar autonomia do sujeito e o trabalho em equipe, onde vários profissionais com olhares diferentes procuram promover a saúde da população assistida.

O Programa Mais Médicos para o Brasil e a Estratégia de Saúde da Família em Sorocaba

Na visão dos gestores, o PMMB foi de grande importância para a ampliação da ESF no município de Sorocaba, favorecendo o acesso à saúde pela população mais carente e vulnerável. Os entrevistados entendem que também a ampliação da ESF no município viabilizou a estruturação e o início do programa de residência em MFC e da residência multiprofissional, programas de formação próprias do município de Sorocaba.

Com o PMMB foi possível ter as equipes trabalhando no modelo preconizado pelo MS, devido à dificuldade que a SMS tem em estabelecer metodologia de contratação dos profissionais para cumprir a carga horária necessária para cadastramento das equipes. Um gestor lembrou que o PMMB gerou uma subordinação da SMS ao PMMB, pois existia a preocupação que se o programa fosse extinto haveria um claro prejuízo à ESF em Sorocaba.

G6: “O programa forçou a expansão da ESF, provocou o sistema de saúde, de atendimento e de formação dos profissionais, trazendo outra forma de atender a população, com mais empatia e cuidado.”

Indagados se o município estava preparado para o fim do PMMB, alguns gestores responderam que existiam projetos para o provimento. A carga horária dos médicos em tempo integral (oito horas por dia) da ESF era um grande óbice para a estrutura do município que tem a maioria dos médicos contratados para cumprir três horas por dia na atenção primária com atendimento tradicional.

DISCUSSÃO

O estudo evidencia que o município de Sorocaba, sede de uma região metropolitana de aproximadamente dois milhões de habitantes, tem uma cobertura da ESF na APS ainda pequena, abaixo da média nacional se comparada aos grandes municípios.¹⁷ Embora o processo de implantação das equipes de ESF no município tenha seguido uma sistemática habitual com o apoio do MS, particularmente na implantação do PMMB e do apoio técnico da SES, não há um movimento progressivo no sentido de ampliação da ESF com metas a serem atingidas.

Evidencia-se, se considerarmos os dados documentais da assistência à saúde no município, uma clara opção por equipamentos de saúde dirigidos ao pronto atendimento e unidades pré-hospitalares.

Inicialmente, o apoio da SES existiu na forma de orientação para o processo de implantação, desenvolvimento do projeto, fornecimento de cursos introdutórios e de capacitação para os ACS e demais profissionais. O apoio do MS restringiu-se ao cadastro das equipes para posterior repasse financeiro. A partir de 2015, com a vinda de profissionais do PMMB e com a implantação da residência em MFC e residência multiprofissional no município, técnicos do MS passaram a visitar o município, porém somente para avaliação desses dois programas que recebem verbas do ministério.

A SMS, no início da implantação e implementação da ESF, realizou movimentos para expansão, mas questões financeiras, político-partidárias e de mudança de secretário municipal de saúde representaram grandes entraves na real consolidação da ESF. Os entrevistados supõem que o programa de residência médica em MFC no município venha repor os profissionais do PMMB a médio prazo. Entretanto, esse programa de provimento tem duração limitada e, se não forem realizadas ações na Secretaria de Administração para a contratação de médicos de família e comunidade, a residência não será suficiente para resolver minimamente o problema de provimento do quadro atual de médicos da ESF, ocupado pelos médicos do PMMB.

Raramente mencionou-se a estratégia da educação permanente como forma de atualização e desenvolvimento profissional, deixando exclusivamente à critério deles próprios realizarem essa continuidade do aprendizado através da UNASUS.

Em mais de uma gestão municipal, a pasta da saúde foi ocupada por gestores indicados por critérios políticos e não técnicos, o que dificulta o entendimento sobre o papel fundamental da ESF como modelo de APS, resultando em distorções para todo o sistema de saúde municipal. A população clama por soluções rápidas para seus problemas de saúde e o governo responde privilegiando a implantação de UPAs em detrimento da consolidação da ESF.

A avaliação da qualidade da ESF é realizada através de dados fornecidos por ferramentas de informática do MS, não havendo um processo próprio de avaliação da eficácia.

Porém, em seus relatos, os gestores informam que a eficácia/eficiência da ESF é perceptível através das mudanças de indicadores técnicos, além da satisfação da população assistida pela ESF.

Em novembro de 2020, o MS informava que “mais de 16 mil médicos trabalham (no PMMB) em 3.822 municípios brasileiros e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), reforçando o enfrentamento da Covid-19 na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS)”.²⁵

Em contrapartida, há exemplos a serem seguidos em municípios de grande porte, como Florianópolis, que investiu maciçamente na ESF. Em 2007, editou a Portaria nº 283, que institucionalizou a ESF como modelo orientador das ações na APS, normatizando sua organização e as atribuições das equipes de ESF no sistema local de saúde, seguindo os princípios e diretrizes da PNAB. Em 2013, atingiu marca histórica na saúde, a taxa de mortalidade no primeiro ano de vida ficou em apenas 5,2/1.000 nascidos vivos, uma redução de 46% em relação a 2012.²⁵ É a capital com a menor taxa de mortalidade do Brasil, comparável a taxas de países como Noruega e Suécia.²⁵ A exemplo de Florianópolis, 100% de cobertura pela ESF é possível implementar políticas de Estado para a consolidação da ESF como modelo de APS em municípios de grande porte.²⁷

CONCLUSÕES

Este estudo identificou que o município de Sorocaba tem um percentual de ESF na APS muito aquém da média nacional e de municípios de grande porte e vem diminuindo.

O PMMB é uma iniciativa temporária do MS que trouxe benefícios à atenção à saúde em Sorocaba, mas não provocou na gestão municipal mudanças na estratégia de provimento de atenção à saúde da população e corre o risco de extinguir-se.

Os gestores consideram como barreiras para a implementação e manutenção da ESF no município, a falta de incentivos federal e estadual e o desinteresse político e despreparo do governo municipal para a tarefa.

Os gestores dispõem de indicadores objetivos de desempenho, mostrando que a ESF é superior e um avanço na atenção integral à saúde e promoção de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo da implementação da ESF para a maioria da população brasileira, além dos incentivos financeiros federais, dependerá dos governos estaduais e municipais, com políticas adequadas de profissionalização dos ACS; fixação dos profissionais; políticas de formação profissional e de educação permanente adequada às suas atribuições; iniciativas locais competentes e criativas para enfrentar a diversidade existente no país.²⁸

A aproximação da universidade com o poder público deve estimular novas propostas de protocolos e políticas públicas, possibilitando atuação dos estudantes junto às

unidades e realizando mudança de olhares e percepções, ajudando a imbuir o ideal de construção constante do SUS nos futuros profissionais da saúde.²⁹

A reorganização do sistema de saúde brasileiro, orientada para uma APS abrangente, condutora do processo de atenção com integração da rede de serviços, com orientação comunitária no enfrentamento de determinantes sociais, é uma perspectiva para redução das desigualdades sociais e regionais no acesso e utilização de serviços de saúde, o que irá contribuir para garantir o direito à saúde em nosso país, principalmente nas grandes cidades.³⁰

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde [Internet]. 1978 [acesso em 20 jul. 2022]. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alm-Ata.pdf>
2. World Health Organization. The Ljubljana Charter on Reforming Health Care [Internet]. 1996 [acesso em 20 jul. 2022]. Disponível em: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/113302/E5536.pdf
3. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
4. Souza MF. Agentes Comunitários de Saúde: choque de povo. São Paulo: Hucitec; 2001.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. 2011 [acesso em 22 jul. 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
7. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília (DF): UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
8. Campos GWS, Gutiérrez AC, Guerrero AVP, Cunha GT. Reflexões sobre a atenção básica e a Estratégia de Saúde da Família. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010. p.121-42.
9. Harsheim E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa de Saúde da Família em la región sur de Porto Alegre, Brasil. Alicante: Universidad de Alicante/Departamento de Salud Pública; 2004.
10. Macinko J, Lima Costa MF. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. *Trop Med Int Health*. 2012;17(1): 36-42. doi: 10.1111/j.1365-3156.2011.02866.x.
11. Lima Costa MF, Turci MA, Macinko J. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(7):1370-80. doi: 10.1590/S0102-311X2013000700011
12. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológico da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(3):669-81. doi: 10.1590/S1413-81232006000300015



13. Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Teixeira TP, Ravache C, Araújo GD, Silva TC. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em municípios da Região Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(4):787-96. doi: 10.1590/S0102-311X2011000400018
14. Thumé E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LA. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. *Rev Saúde Pública USP*. 2010;44(6):1102-11. doi: 10.1590/S0034-89102010005000038
15. Brandão JR, Gianini RJ, Novaes HM, Goldbaum M. The Family health system: analysis of a health survey in São Paulo, Brazil. *J Epidemiol Community Health*. 2011;65:483-90. doi: 10.1136/jech.2008.077172
16. Sousa MF. Programa Saúde da Família no Brasil: análise da desigualdade no acesso à Atenção Básica. Brasília (DF): Universidade de Brasília, Departamento de Ciência da Informação e Documentação; 2007.
17. Portela GZ, Ribeiro JM. A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(1):1719-32. doi: 10.1590/S1413-81232011000300009
18. IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde, Percepção do Estado de Saúde, Estilos de Vida e Doenças Crônicas. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação [Internet]. 2013 [acesso em 22 jul. 2022]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv911110.pdf>
19. Dain S, Favoreto C, Santos S. Elaboração da agenda para reestruturação do modelo assistencial de saúde em grandes cidades. Relatório de Pesquisa apresentado ao Ministério da Saúde. Rio de Janeiro; 2001.
20. DATASUS. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica-DAB. Teto, credenciamento e Implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Competência: Janeiro de 1998 a Dezembro de 2016 [Internet]. [acesso em 22 jul. 2022]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
21. Cyrino EG, Pinto HA, Oliveira FP, Figueiredo AM. O Programa Mais Médicos e a formação no e para o SUS: por que a mudança? *Esc Anna Nery*. 2015;19(1):5-6. doi: 10.5935/1414-8145.20150001.
22. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Rio de Janeiro: Vozes; 2003.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – Primary Care Assessment Tool - Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
24. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Mais Médicos [internet]. 2020, [acesso em 26 ago. 2022]. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/noticias/323-programa-mais-medicos-para-o-brasil-retifica-edital-da-4-chamada>
26. Prefeitura de Florianópolis [Internet]. 2014 [acesso em 21 maio 2017]. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina¬i=11121>
27. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MH, Magalhães R, Senna MCM. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. 2ª ed. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2005.
28. Merhy EEE, Onocko R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.
29. Bessen CB, Souza Netto M, Da Ros MA, Silva FW, Silva CG, Pires MF. A Estratégia Saúde da Família como objeto de educação em saúde. *Saúde Soc*. 2007;16(1):57-68. doi: 10.1590/S0104-12902007000100006
30. Medina MG, Hartz ZMA. O papel do Programa Saúde da Família na organização da atenção primária em sistemas municipais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(5):1153-67. doi: 10.1590/S0102-311X2009000500022

Como citar este artigo:

Lopes RC, Pavan MV, Almeida FA. Desafios para a implantação da Estratégia de Saúde da Família em municípios de grande porte no Brasil. Um estudo de caso. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2021;23(2):59-66. doi: 10.23925/1984-4840.2021v23i2a6

