

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

Factors involved in the implementation of the Family Health Strategy in Brazilian municipalities

Kênia Lara Silva<sup>1</sup>, Celi da Silva Medeiros<sup>2</sup>

## RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma aposta de mudança do modelo assistencial e tem por objetivo prestar uma assistência contínua à população, visando melhorar as condições de saúde e de vida. O objetivo deste estudo é analisar os fatores intervenientes na implantação da ESF nos municípios brasileiros. Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica; foram realizadas buscas retrospectivas sobre o tema, publicações em periódicos científicos e sites oficiais, no período de 2004 a 2013. Os resultados encontrados revelam a falta de capacitação e alta rotatividade funcional, falta de recursos financeiros, problemas de infraestrutura física e equipamentos, falhas no processo de referência e contrarreferência e problemas relativos às peculiaridades dos grandes municípios, como a violência urbana. Conclui-se que, apesar das dificuldades, os indicadores de saúde e o acesso aos serviços melhoraram nos últimos anos, mas ainda há necessidade de maior investimento na Atenção Primária à Saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária à Saúde; Programa Saúde da Família; Programas Nacionais de Saúde; Serviços de Saúde; Política de Saúde.

## ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) is a bid to change the care model and aims to provide continuous assistance to the population in order to improve health and living conditions. The aim of this study is to report on the factors involved in FHS implementation in Brazilian municipalities. In this bibliographic review, retrospective searches were conducted on the topic, as published in scientific journals and official sites, from 2004 to 2013. The results showed a lack of training and high functional turnover, lack of financial resources, physical infrastructure and equipment problems, failures in the referral and counter-referral process, and problems related to the peculiarities of the big cities, such as urban violence. We conclude that despite the difficulties, health indicators and access to services have improved in recent years, but there is still a need for greater investment in primary health care.

**KEYWORDS:** Primary Health Care; Family Health Programme; National Health Programs; Health Services; Health Policy.

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado na constituição de 1988, tem como princípios doutrinários Universalidade, Equidade e Integralidade da Atenção à Saúde. A descentralização e a participação social foram algumas das importantes dimensões da proposta que foram incorporadas ao novo sistema de saúde, que visa melhorar as

condições de saúde e de vida da população brasileira.

Dentre os programas implantados pelo SUS, destaca-se o Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). O PSF foi criado em 1994, com o objetivo de reorganizar o sistema de saúde vigente até então, baseado em um modelo curativista, em detrimento da prevenção de agravos e promoção da saúde.

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG. E-mail: kenialara17@gmail.com.

<sup>2</sup> Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. Técnica Administrativa do Hospital das Clínicas da UFMG.

Cada Equipe de Saúde da Família é composta, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

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

Como profissionais de saúde e usuárias do SUS temos

## METODOLOGIA

Trata-se de estudo de revisão bibliográfica. Foi realizada a busca de artigos nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde e Scielo (*Scientific Electronic Library Online*), utilizando os descritores: Atenção Primária à Saúde, Programa Saúde da Família, Programas Nacionais de Saúde, Serviços de Saúde e Política de Saúde.

Foram utilizados artigos disponíveis em português, publicados entre os anos de 2004 a 2013, que disponibi-

observado que são vários os municípios que ainda têm uma pequena cobertura de ESF, o que nos leva a questionar por que, após quase 20 anos da criação do programa, sua cobertura ainda não atinge toda a população.

Assim, propôs-se este estudo, que tem como objetivos analisar a experiência de implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos municípios brasileiros e descrever os fatores intervenientes para a consolidação dessa política de saúde e a evolução de cobertura do programa ACS/ESF no contexto atual.

lizavam texto completo. De posse de todo o material selecionado, foram eliminados os artigos que se duplicaram nas duas bases de dados. Após leitura dos títulos e resumos, foram eliminadas as referências pouco relevantes e selecionados os artigos para leitura. Foi realizado um fichamento dos artigos, que foram categorizados de acordo com os capítulos do trabalho. No total, foram contabilizados 19 artigos para realização deste estudo. Foram utilizados, também, documentos oficiais do Ministério da Saúde. De posse de todos os dados, foi redigida esta revisão.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Fatores intervenientes no processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF)

A leitura e a análise dos artigos incluídos no estudo

permitiram caracterizar os fatores intervenientes na implantação da Estratégia de Saúde da Família em Aspectos Facilitadores e Aspectos Dificultadores.

**Quadro 01** - Categorização dos fatores intervenientes no processo de implantação da ESF.

Temas	Aspectos facilitadores/avanços	Aspectos dificultadores/desafios
Recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Investimento em capacitação profissional</li> <li>- Remuneração adequada</li> <li>- Motivação profissional</li> <li>- Reconhecimento do trabalho executado</li> <li>- Vínculo empregatício estável</li> <li>- Identificação com as propostas do ESF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de capacitação profissional, perfil inadequado</li> <li>- Insuficiência de oferta de profissionais</li> <li>- Dificuldade de fixação do profissional</li> <li>- Sobrecarga de trabalho</li> <li>- Rotatividade de profissionais → comprometimento no vínculo</li> <li>- Contratos precários</li> <li>- Baixa remuneração</li> <li>- Resistência à mudança do modelo</li> </ul>

Temas	Aspectos facilitadores/avanços	Aspectos dificultadores/desafios
Estrutura física e recursos materiais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Imóveis próprios</li> <li>- Fácil acessibilidade</li> <li>- Adaptação para pacientes com dificuldades de locomoção</li> <li>- Disponibilidade de materiais de consumo e equipamentos</li> <li>- Ampliação do horário de funcionamento</li> <li>- Ambiente acolhedor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Imóveis cedidos ou alugados (institucionalização ESF)</li> <li>- Deficiência de materiais e equipamentos</li> <li>- Precariedade de estrutura física</li> <li>- Dificuldade de acesso</li> <li>- Horário de funcionamento</li> <li>- Ambiência pouco acolhedora → serviços de baixa qualidade → população pobre</li> </ul>
Financiamento ESF	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repasses financeiros: PAB Piso da Atenção Básica fixo e variável, PROESF, PMAQ</li> <li>- Incentivo financeiro estadual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forte indução normativa</li> <li>- Limitação da autonomia gestora</li> <li>- Instabilidade do financiamento (condicionado ao cumprimento de metas)</li> <li>- Falhas de gestão</li> <li>- Recursos financeiros insuficientes</li> </ul>
Referência e Contrarreferência	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistema <i>online</i> de Regulação – DATA-SUS: SISREG e TAS (Terminal de Atendimento ao SUS)</li> <li>- Avanços integração SF à rede assistencial</li> <li>- Possibilidade de redistribuir cotas entre centros de saúde</li> <li>- Maior imparcialidade no controle de agendas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificuldades para referenciar usuários</li> <li>- Baixa governabilidade (serviços especializados: gestão estadual)</li> <li>- Falta de serviços de informatização</li> <li>- Insuficiente oferta de atenção especializada (filas de espera)</li> <li>- Fraca integração ABS com outros níveis de atenção</li> <li>- Dificuldade de usuários para atendimento em outros níveis de atenção</li> </ul>
Aspectos políticos e de gestão	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoio político entre as três esferas</li> <li>- Apoio tecnológico</li> <li>- Apoio em capacitação profissional</li> <li>- Ter PACS ou PMF (Programa Médico da Família)</li> <li>- Apoio intersetorial. Ex: BH Cidadania, Programa Saúde em Casa (MG), Projeto Terra Mais Igual (Vitória)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Práticas clientelistas: frequentes trocas de gestores</li> <li>- Falta de gestor com “visão do PSF”</li> <li>- Inexistência de programas de apoio</li> <li>- Sucateamento de polos regionais de saúde</li> <li>- Divergência político-partidária entre estado e município</li> <li>- Resistências corporativistas, profissionais e usuários</li> <li>- Preconceito em relação à tecnologia simplificada</li> </ul>

Fonte: dados da pesquisa.

A seguir, discutem-se os temas identificados como fatores intervenientes no processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O processo de implantação da ESF (PSF) no Brasil ocorreu gradativamente em todo o país, inicialmente nos

pequenos municípios, nas áreas de risco ou mais carentes de Atenção Básica, localizadas na periferia das cidades. Essas regiões se caracterizam por acesso escasso aos serviços de saúde, população pouco informada sobre cuidados básicos de saúde e falta ou carência de saneamento

básico. Atualmente a cobertura estende-se às grandes cidades e capitais dos Estados.<sup>1</sup>

Durante o processo de implantação do PSF, houve fatores intervenientes negativos e outros facilitadores, como a existência anterior do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Médico da Família (PMF).<sup>1</sup> O Ministério da Saúde, quando adotou o PSF como estratégia nacional de construção de um novo modelo de atenção, contou com a participação permanente da Equipe Coordenadora Municipal de Niterói, devido à experiência prévia do PMF, entre outras.<sup>2</sup>

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

### **Recursos humanos na Estratégia Saúde da Família (ESF)**

Na grande maioria dos estudos, os principais problemas na implantação do programa ESF estão relacionados à capacitação e vínculo dos profissionais e à dificuldade de se fixarem no interior. O problema da alta rotatividade de profissionais que compõem a ESF resulta em prejuízo das relações entre estes e os usuários, e na ausência de complementaridade das ações e cooperação no interior das equipes.<sup>3</sup>

A dificuldade de interiorizar e fixar profissionais médicos e enfermeiros era, na época, e ainda é hoje, um dos grandes entraves para a consolidação da proposta da ESF. Dificuldades de acesso, grandes distâncias e barreiras geográficas entre as cidades dificultam ainda mais a interiorização e fixação desses profissionais. Estudo reafirma também que o perfil dos profissionais formados não se tem mostrado suficientemente adequado para uma proposta de atuação na perspectiva da Atenção Integral à Saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação.<sup>4,5</sup>

Profissionais relatam como geradores de desgaste, em primeiro lugar, o vínculo precário, o excesso de trabalho, a falta de recursos humanos, a baixa remuneração, a falta de capacitação das Equipes Saúde da Família (ESF), que demonstram despreparo técnico e clínico, além de insegurança, devido à mudança para uma atenção orientada para a vigilância à saúde. Tais situações geram desconfiança, sentimento de exclusão e desvalorização, apesar do desejo de mudar dos enfermeiros. Para os entrevistados no estudo, as condições de trabalho eram inadequadas, prin-

cipalmente em relação à remuneração, podendo dificultar ou mesmo impedir o sucesso da implantação do PSF em sua totalidade.<sup>1</sup>

Estudo realizado no Distrito Federal revela elevação nas taxas de cobertura assistencial no curto prazo e melhoria no acesso da população aos serviços de saúde. Contudo, no interior do país, constata-se a persistência de antigos problemas, tais como: insuficiente oferta de profissionais de saúde, em especial médicos, enfermeiros e odontólogos, alto custo na manutenção das equipes.<sup>6</sup>

Estudo abordando o perfil socioeconômico, demográfico e ocupacional dos médicos e enfermeiros das ESF chegou às seguintes conclusões: prevalência dos contratos precários de trabalho e rotatividade dos trabalhadores, rendimentos díspares entre as duas categorias profissionais, variável conforme a distância dos municípios em relação à capital, tendência à feminilização da força de trabalho em saúde e registro de esforços de capacitação para adequar o perfil de formação ao programa, principalmente devido à formação do médico voltada para as especialidades, em detrimento de uma visão de saúde pública, comunitária e generalista. O vínculo empregatício também se distinguia de município para município; cada um deles se organizou dentro de suas possibilidades financeiras, havendo, portanto, diversas modalidades de contratação dos profissionais.<sup>5</sup>

Em municípios com população superior a cem mil pessoas, também ocorre o problema de recursos humanos, como a existência de equipes de PSF incompletas em grandes centros urbanos que, em princípio, deveriam ter maior facilidade de contratação e fixação de profissionais. A violência urbana, que repercute no cotidiano das Equipes de Saúde da Família, também contribui para elevar a rotatividade profissional.<sup>7</sup>

Dados do PMAQ-AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) também revelam que a instabilidade das equipes e elevada rotatividade dos profissionais comprometem o vínculo, a continuidade do cuidado e a integração da equipe. A sobrecarga das equipes com número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade acaba comprometendo a cobertura e qualidade de suas ações de melhoria da qualidade da assistência.<sup>8</sup>

A possibilidade de incentivos financeiros que favoreçam a adesão dos funcionários, bem como vínculos empregatícios estáveis devem ser considerados, para melhor efetivação da ESF nos municípios.<sup>9</sup>

### **Recursos materiais e estrutura física**

No que diz respeito aos recursos materiais e físicos, as

condições de trabalho são precárias, uma vez que utilizam os recursos já existentes e não há, na rede, suporte para assegurar os princípios de integralidade e equidade. Ocorrem deficiências de infraestrutura, insumos e equipamentos. A deficiência de materiais e medicamentos, a dificuldade de acesso e a precariedade das estruturas físicas são dificuldades que se correlacionam com o baixo patamar de financiamento público.<sup>1,10</sup>

Em vários municípios, predomina a acomodação de equipes em imóveis cedidos ou alugados, de caráter mais instável ou provisório, com repercussões para a institucionalização do PSF. Uma maior proporção de Unidades de Saúde da Família instaladas em imóveis próprios da prefeitura poderia expressar maior estabilidade na instalação das equipes.<sup>7</sup>

Outro problema observado na ESF é o predomínio absoluto de unidades que funcionam apenas em horário comercial, o que suscita preocupações em relação ao acesso aos serviços de saúde das pessoas que trabalham. Se no âmbito da Atenção Básica, modelo tradicional, alguns municípios têm procurado expandir os horários de atendimento de algumas Unidades Básicas de Saúde, isso não parece estar ocorrendo no que diz respeito às Unidades de Saúde da Família. De acordo com estudo realizado no estado do Rio de Janeiro, somente algumas unidades possuem horário de funcionamento ampliado, após as 18 horas, e um único município com Unidade de Saúde da Família que funciona sábado pela manhã. Em face da raridade de Unidades de Saúde da Família com horário ampliado, percebe-se um prejuízo no atendimento às pessoas que trabalham em tempo integral durante a semana.<sup>7</sup>

Dados do governo federal revelam que, entre os desafios que o PMAQ pretende enfrentar para a qualificação da AB, destacam-se: a precariedade da rede física, com parte expressiva de UBS em situação inadequada; ambiência pouco acolhedora das UBS, transmitindo aos usuários uma impressão de que os serviços ofertados são de baixa qualidade e negativamente direcionados à população pobre.<sup>8</sup>

### **Financiamentos do Programa Estratégia Saúde da Família**

Para que o PSF seja uma estratégia de estruturação do modelo, no sentido da integralidade da atenção, é fundamental que sua implantação conte com recursos adequados de investimento e custeio. Porém, é comum a limitação da autonomia gestora devido ao incentivo financeiro de forte indução normativa, e também às conhecidas limitações dos critérios atuais de repasse federal aos municípios para o enfrentamento da questão do financiamento

da Atenção Básica nos pequenos municípios e nas grandes cidades.<sup>3,7,11</sup>

Estudo realizado na região metropolitana de Belo Horizonte relata que, muitas vezes, o município tem que arcar sozinho com o investimento em atividades de promoção da saúde, por falta de apoio dos governos estadual e federal. Vale sublinhar que não haverá programas inter-setoriais efetivos de promoção da saúde sem alocação de recursos específicos para essa finalidade.<sup>12</sup>

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

Estudo relata novos modelos inovadores de incentivo à Atenção Básica, destacando a importância dos incentivos estaduais, como formas adicionais e mais próximas às necessidades diferenciadas de recursos pelos municípios, decorrentes de suas condições específicas, destacando critérios adicionais utilizados para definição dos repasses. De acordo com a coordenação do projeto, o sistema de incentivos deve levar em conta as diferenças entre municípios, derivadas de sua realidade socioambiental, étnica, geográfica e epidemiológica.<sup>11</sup>

O governo federal destina recursos para à viabilização de ações de Atenção Básica à Saúde por meio do PAB (Piso da Atenção Básica). As transferências regulares e automáticas constituem a principal modalidade de transferência de recursos federais para os estados, municípios e Distrito Federal, para financiamento das ações e serviços de saúde, contemplando as transferências "fundo a fundo" e os pagamentos diretos aos prestadores de serviços e beneficiários cadastrados, de acordo com os valores e condições estabelecidas em portarias do Ministério da Saúde. Entretanto nem sempre esses recursos são suficientes para atender à demanda dos serviços de saúde.<sup>13</sup>

Em 2003, foi lançado o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF 1), com o objetivo de apoiar, por meio da transferência de recursos financeiros fundo a fundo, a expansão da cobertura, consolidação e qualificação da ESF, nos municípios com mais de cem mil habitantes. Esse programa findou em junho de 2007.<sup>14</sup>

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

da Família).<sup>14</sup>

Em 19 de julho de 2011, é instituída a Portaria nº 1.654, que estabelece, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. O principal objetivo do programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica. Esse benefício financeiro é condicionado ao cumprimento de metas para a melhoria da qualidade da assistência à saúde, entre elas: programar e implementar atividades, com a priorização dos indivíduos, famílias e grupos com maior risco e vulnerabilidade; desenvolver ações intersetoriais voltadas para o cuidado e a promoção da saúde; pactuar metas e compromissos para a qualificação da Atenção Básica com a gestão municipal. Caso o município (equipe ESF) não receba uma avaliação positiva do cumprimento das metas pactuadas no momento da adesão ao programa, o mesmo não fará jus ao incentivo financeiro, e poderá ser descredenciado do programa.<sup>8</sup>

### Referência e contrarreferência

Referência e contrarreferência são definidas como a organização dos serviços de saúde em redes sustentadas por critérios, fluxos e pactuações de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos indivíduos.<sup>15</sup>

A integralidade é um desafio da política de ABS e ainda é uma questão não equacionada. Os problemas decorrem de aspectos da organização e da gestão do sistema: as dificuldades para referenciar usuários a partir da Atenção Básica; a pouca institucionalidade dos processos de planejamento e programação, e do uso de sistemas de informação; sobrecarga das equipes de PSF; insuficiência de oferta de atenção especializada, produzindo filas de espera; e baixa governabilidade sobre serviços especializados sob gestão estadual.<sup>3</sup>

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

cial, todavia permanecem dificuldades de acesso à atenção especializada.<sup>16</sup>

Problemas no acesso podem vir a comprometer avanços no plano da integralidade e permanecem como um grande nó crítico das fragilidades da gestão e na organização da rede de serviços. A persistência de segmentação no sistema e a fraca integração dos serviços de Atenção Básica com outros níveis de atenção são dificultadores na assistência da atenção primária.<sup>10</sup>

A insuficiente oferta de atenção especializada, agravada pela baixa integração com prestadores estaduais, ainda responsáveis, em alguns municípios, por grande parte dos serviços de média complexidade, está entre os obstáculos à constituição de rede de assistência. Outro desafio destacado é a maior interação pessoal entre generalistas e especialistas, para maior integração dos processos de trabalho, superando relações hierárquicas e o isolamento entre Atenção Básica e especializada.<sup>16</sup>

Os municípios de Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória optaram pelo SISREG, sistema de informação *online* disponibilizado pelo DATASUS/MS, para gerenciar e operar centrais de regulação, desde a rede de Atenção Básica à especializada e hospitalar, visando ao maior controle dos fluxos e otimização no uso dos recursos. Aracaju implantou o Terminal de Atendimento ao SUS, vinculado ao cartão SUS. Os resultados têm comprovado avanços na integração da Saúde da Família à rede assistencial, propiciando o fortalecimento dos serviços básicos como serviços de procura regular e porta de entrada preferencial.<sup>16</sup>

A implantação do sistema de informação *online* (SISREG) aperfeiçoou a marcação imediata de exames e consultas especializadas. A prioridade para atendimento é definida a partir da classificação de riscos em alto, médio ou baixo, em função do diagnóstico, quando o paciente é remetido à fila eletrônica de espera, que também é monitorada por meio do sistema. O sistema possibilita à equipe SF acompanhar o percurso do usuário. Ainda como resultados da implantação do SISREG, foram mencionados pelos gestores locais: diminuição do número de faltosos às consultas especializadas, diminuição das filas e tempo de espera, possibilidade de redistribuir cotas entre centros de saúde, contratação de oferta em função da demanda, análise dos encaminhamentos e maior imparcialidade no controle das agendas.<sup>16</sup>

Belo Horizonte se destaca nas iniciativas de articulação da rede. A SMS incentiva a criação de comissões de regulação nos centros de saúde, estabelecendo critérios de priorização e fluxo ascendente partindo do centro de saúde. A facilidade de agendamento e agilidade no atendimento, na percepção dos profissionais, foi tida como um indicador de garantia de acesso à atenção especializada.

Porém nem sempre a garantia do agendamento incorre em maior agilidade de atendimento. O tempo médio de espera para consultas especializadas de três meses ou mais foi estimado por 82% dos médicos (Florianópolis), 61% (Belo Horizonte), 45% (Aracaju) e 34% (Vitória). Na avaliação de mais de 80% dos médicos e enfermeiros das equipes de SF dos quatro municípios, as longas listas de espera são o principal problema para a integração da rede. Por outro lado, o agendamento para a maternidade foi relatado por mais de 70% dos médicos em três cidades, o que indica melhora do acesso.<sup>16</sup> Podemos considerar que um dos problemas enfrentados na efetivação de assistência à saúde com qualidade configura-se na quebra da integralidade entre os níveis de assistência à saúde.<sup>15</sup>

A pouca integração das equipes de AB com a rede de apoio diagnóstico e terapêutico e com os serviços de média e alta complexidade tem direcionado as falhas no sistema de referência e contrarreferência prejudicando, assim, a construção da integralidade da assistência à saúde na Atenção Básica.

### Aspectos políticos e de gestão

O processo de implantação do PSF no serviço de saúde enfrentou uma série de dificuldades nos diversos municípios brasileiros e, entre aquelas que limitavam o processo de descentralização e municipalização da saúde, estavam: as práticas clientelistas na redistribuição de atribuições, recursos e produtos; a inexistência de programas de apoio e cooperação técnica aos municípios, com vistas à construção de novos modelos assistenciais; a ausência do governo estadual no processo de municipalização e o sucateamento dos Polos Regionais de Saúde, que haviam se transformado em meros entrepostos de distribuição de vacinas e medicamentos.<sup>5</sup>

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

para a construção do PSF.<sup>4</sup>

A ocorrência de divergências político-partidárias entre o governo municipal e o estadual, em algumas cidades de Mato Grosso, impuseram resistências ao programa, sem impedir a sua continuidade e o alcance de cobertura mais ampla da população. Resistências corporativas (dos médicos) ao PSF ou à Atenção Básica dificultam o alcance de resultados, dentre eles, das metas de cobertura. Havia nítida preferência entre alguns agentes decisores pela medicina especializada em detrimento da medicina da família, os quais se referiam aos modelos médicos-curativos especializados como adequados.<sup>4</sup>

Estudo aponta como uma possível causa da gestão deficiente da ESF no Distrito Federal a falta de gestores que tenham “visão do PSF”, ou seja, que detenham conhecimento sobre esse tipo de modelo de atenção; muitos gestores ocupam cargos administrativos por indicação política, sem terem a capacidade de gerenciamento.<sup>9</sup>

Outros fatores que afetaram negativamente a implantação do PSF foram a carência na capacidade de gestão dos municípios e a forte tradição brasileira de gestão federal das políticas nacionais de saúde, sendo a gestão municipal uma novidade recente. Nesse sentido, o que estaria impedindo sua expansão seriam as estruturas burocráticas ainda pesadas, o corporativismo, o aparelho formador e os preconceitos em relação à tecnologia simplificada, pois, até aquele momento, a assistência à saúde estava voltada ao modelo hospitalocêntrico.<sup>3</sup>

Estudo realizado sobre a retrospectiva dos 47 anos de gestão da saúde no Distrito Federal relata a influência do modelo hospitalocêntrico, agregada à centralização dos processos decisórios e à limitada participação política, o que pode contribuir para situar a Atenção Básica como acessória ao atendimento hospitalar, destituindo-a do seu potencial de produzir mudança no modelo assistencial. Foram constatados investimentos maciços de recursos financeiros e políticos na construção de hospitais. Tornase evidente que as iniciativas para fortalecer a Atenção Primária à Saúde foram descontínuas e desarticuladas da rede de serviços de média e alta complexidade, com reduzida oferta de capacitação profissional, justificada pela necessidade de garantir a retaguarda da atenção hospitalar. Programas de pós-graduação na modalidade de residência foram implantados para a capacitação de profissionais, visando à formação de médicos especialistas, privilegiando o atendimento hospitalar. Somente nos últimos anos, o programa de residência incorporou outras categorias profissionais, tais como enfermagem, nutrição, serviço social, odontologia e especialidades médicas referentes à atenção primária.<sup>6</sup> Esses dados podem justificar a baixa taxa de cobertura da ESF no Distrito Federal que, de acordo com o

Departamento de Atenção Básica, em novembro de 2013, ainda era de apenas 20,97% da população.<sup>17</sup>

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) também destaca dificuldades em relação à persistência do modelo hospitalocêntrico no seu artigo IX – Baixa integralidade e resolatividade das práticas – com a persistência do modelo de queixa-conduta, de atenção prescritiva, procedimento médico-centrado, focado na dimensão biomédica do processo saúde-doença-cuidado.<sup>8</sup>

Belo Horizonte contou com o apoio político do Estado na implantação do PSF. Com o objetivo de apoiar a implementação do novo modelo assistencial, foi criado, em 1998, em Minas Gerais, o Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família (PCFEP-SF) da Universidade Federal de Minas Gerais, que atuou na formação de recursos humanos, na educação permanente dos profissionais e na produção e incorporação de novas tecnologias na assistência.<sup>1</sup>

Entre os fatores limitantes do desenvolvimento do PSF, encontram-se as resistências de importantes atores, o que exige melhores esclarecimentos sobre a política para os gerentes e profissionais de saúde, além da mobilização da população para diminuir resistências e conquistar legitimidade. Em Porto Alegre, a participação social por meio da mobilização de associações de moradores, conselhos locais de saúde e entidades comunitárias foi essencial para a consolidação da proposta. Em Mato Grosso, a maior divulgação do programa, pelos agentes de saúde, junto à população removeu as resistências dos usuários em Cuiabá e Rondonópolis, fortalecendo o seu apoio.<sup>4</sup>

Estudos apontam que as mudanças na organização e nas práticas em saúde com a implantação da ESF têm favorecido a ampliação da oferta e da cobertura da Atenção Básica. Pesquisas recentes sugerem, ainda, que a estratégia teria favorecido a redução da mortalidade infantil em alguns locais.<sup>18</sup>

Dados do Ministério da Saúde revelam que, nos municípios com boa cobertura pela ESF, houve melhora acentuada nos indicadores de saúde: diminuição da taxa de mortalidade infantil, aumento do número de gestantes e recém-nascidos com acompanhamento médico, melhora na cobertura vacinal, conclusão de tratamentos de hanseníase e de tuberculose e adoção de hábitos de vida mais saudáveis.<sup>19</sup>

### **Evolução de cobertura do Programa ACS – ESF e contexto atual**

A Estratégia Saúde da Família, iniciada em 1994 como Programa Saúde da Família, teve grande expansão em

seus 19 anos de história, alcançando, em 2013, uma elevada cobertura nacional. Dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) estimam que, atualmente, 64,7% da população brasileira é coberta pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 56,2%, pela Estratégia Saúde da Família (ESF).<sup>17,19</sup>

Atualmente, o quadro epidemiológico geral das populações é marcado pelas doenças crônicas que, cada vez mais, compõem o conjunto de ações abordadas na esfera da atenção primária, e a ESF, como porta principal de acesso aos serviços de saúde, tem proporcionado melhoria nos indicadores de saúde, tendo como exemplo reduções em internações hospitalares potencialmente evitáveis, que caíram quase 15% desde 1999.<sup>20,21</sup>

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

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

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

*Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.*

Em 2013, a população coberta pelo programa de ACS ultrapassa 125 milhões de brasileiros e a ESF tem uma estimativa de cobertura de uma população aproximada de 109 milhões de pessoas, dados de outubro de 2013 (DAB).<sup>17</sup>

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

**Tabela 2** - % População cadastrada ESF por ano segundo Região: período 2007, 2009, 2011, 2013.

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

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

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

O Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF, criado pelo Ministério da Saúde, em 2003, viabilizado a partir de um Acordo de Empréstimo celebrado com o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), veio contribuir, por meio da transferência de recursos financeiros, para a expansão da cobertura da ESF nos municípios dos grandes centros urbanos, com população acima de 100 mil habitantes. A evolução da cobertura da Estratégia Saúde da Família, no grupo de 187 municípios participantes da Fase 1, demonstrou um aumento de 43% no número de ESF implantadas de dezembro de 2003 a junho de 2007, com extensão da cobertura média de 25,7% para 34,4% nesse período. Essa expansão foi mais intensa no 1º ano de implantação (2004), mas manteve a tendência de crescimento, ainda que de forma menos acentuada.<sup>14</sup>

A partir de 2008, com o PROESF 2, as populações dos municípios brasileiros que já tinham implantado Equipes Saúde da Família na Fase 1 foram os beneficiários diretos da Fase 2, bem como as Secretarias de Estado das 27 Unidades da Federação.<sup>14</sup>

A atenção primária bem desenvolvida tem melhorado os perfis de morbimortalidade em inúmeros países. No Brasil, a efetividade da Estratégia Saúde da Família (ESF) tem revelado melhora dos perfis de saúde nacionais, com perceptível queda de coeficientes de mortalidade infantil pós-neonatal (amplamente atribuível à redução no número de mortes por doença diarreica e por infecções do aparelho respiratório), bem como redução no número de in-

ternações por causas sensíveis à Atenção Primária à Saúde (APS). Outro aspecto importante revelado pela Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (2008) é que, de 1998 a 2008, observou-se um aumento importante no acesso aos serviços de saúde, seja para procedimentos mais simples, como para procedimentos mais complexos.<sup>21,22</sup>

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

### Estratégia Saúde da Família nos grandes municípios

A consolidação da Estratégia Saúde da Família nos grandes centros urbanos, principalmente naqueles com mais de 500 mil habitantes, é complexa. Observam-se aspectos multifatoriais, como elevada complexidade epidemiológica, adensamento populacional, processo de urbanização desorganizado (favelização), desigualdades sociais, instabilidade do financiamento, dicotomia na oferta de serviços, além dos conflitos entre os grupos de interesse público e privado e déficit em saneamento, que dificultam a implantação da Estratégia Saúde da Família nesses locais.<sup>6,23</sup>

O processo de implantação do PSF nos grandes municípios tem sido complexo devido à diversidade de situações de pobreza e desigualdades sociais a que está exposta grande parte da população dessas localidades, que convive cotidianamente com altos índices de exclusão do acesso aos serviços de saúde, dentro de uma rede assistencial que, na maioria das vezes, encontra-se desarticulada, mal distribuída, mal equipada, entre outros aspectos. Apesar da maior disponibilidade de oferta de serviços de saúde, particularmente os de média e alta complexidade, observam-se limitações quanto à qualidade e capacidade de resposta.<sup>23</sup>

A resistência corporativa (dos médicos) à ESF ou à Atenção Básica acaba dificultando o alcance de resultados e metas de cobertura do programa. Nos grandes centros urbanos, as associações de especialistas, os conselhos regionais e entidades sindicais impõem conflitos, defendendo seus interesses corporativos. Nos centros urbanos, também persistem problemas dos pequenos municípios: a rotatividade dos profissionais nas equipes, existência de equipes incompletas, vínculos precários de trabalho, existindo demandas de capacitação.<sup>4,7</sup>

Dentre as características da ESF nos grandes centros urbanos, destacam-se: a existência de um importante mix

público-privado na saúde; a prevalência do padrão mercantilista de produção e consumo dos serviços de saúde, com destaque para o setor privado lucrativo, que atende a uma parcela considerável da população e mobiliza grandes volumes financeiros; a disponibilidade de tecnologia moderna que resulta em pressões sobre o uso de serviços e o financiamento; a diversidade da estrutura educacional dos profissionais; a violência urbana, que repercute no cotidiano das Equipes de Saúde da Família, contribuindo para elevar a rotatividade profissional; a dinâmica pautada pela construção de espaços urbanos complexos e desiguais. As peculiaridades das regiões metropolitanas que tradicionalmente não têm sido consideradas pela política de saúde também colocam desafios para modelos fortemente orientados para a adscrição de clientela, como a ESF.<sup>7</sup>

Dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) destacam os desafios relacionados às características gerais das grandes metrópoles e áreas de maior densidade populacional, que favorecem situações de pobreza extrema, populações marginalizadas e deterioração progressiva das condições de vida, incluindo fenômenos sociais importantes, como a violência urbana.<sup>17</sup>

No que se refere às condições socioeconômicas, a desigualdade propicia reflexo direto no desigual acesso e utilização dos serviços de saúde. Destacam-se, ainda, os problemas históricos relativos à estruturação e organização dos serviços de saúde nos grandes municípios. Apesar de as grandes cidades agruparem oferta de procedimentos de diferentes níveis de complexidade e de profissionais especializados, a capacidade de cobertura e resposta resolutiva para a população tem-se mostrado insuficiente e desigual, unindo sérias limitações, nas diferentes dimensões da acessibilidade: má distribuição espacial das unidades, insuficiência de serviços de suporte, planejamento inadequado da oferta, fragmentação e desarticulação das ações, inviabilizando a assistência integral, de acordo com as necessidades da população. Reunidos a esses, acrescentam-se os problemas relativos à inadequação do perfil profissional, cujas origens remetem a limitações na formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos e à insuficiência ou ausência de acompanhamento e avaliações sistemáticas dos processos e impacto das ações, especialmente no âmbito da Atenção Básica à Saúde.<sup>23</sup>

Atualmente, nas periferias metropolitanas, está concentrada grande parte da população pobre do país, e as desigualdades de acesso aos serviços de saúde nessas regiões são gritantes. Essas regiões apresentam um dinamismo próprio, sendo caracterizadas por relações de dependência entre os municípios, intensa mobilidade e deslocamento da população (por exemplo, em virtude do traba-

lho formal ou informal), assim como pela proximidade entre áreas desprovidas de serviços e áreas com oferta de profissionais e serviços nas várias especialidades e níveis de atenção atrativos para a população.<sup>24</sup>

A complexidade das áreas metropolitanas requer intervenções intersetoriais de forma a criar ações resolutivas sobre as populações mais vulneráveis e que combatam, de forma mais eficaz, a grande exposição aos diferentes tipos de riscos aos quais estão sujeitas as populações dessas localidades. Em virtude das próprias características do programa, o PSF talvez possa contribuir para estimular essa integração, uma vez que é voltado para comunidades específicas e atendido por um profissional com grande inserção na problemática social, como é o agente comunitário de saúde.<sup>23</sup>

A atuação intersetorial é prevista na ESF. Essa atribuição é reafirmada na PNAB de 2006 (Política Nacional de Atenção Básica), que orienta para o “desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para promoção da saúde”. A intersetorialidade é condição para uma APS abrangente, pois envolve a compreensão da saúde como inseparável do desenvolvimento econômico e social, significando a necessidade de enfrentamento dos determinantes sociais dos processos saúde-enfermidade, o que exige articulação com outros setores de políticas públicas.<sup>16</sup>

Estudo realizado em quatro capitais brasileiras relata ações intersetoriais realizadas em Belo Horizonte, Vitória, Aracaju e Florianópolis. Foram criadas, em Belo Horizonte, Câmaras Intersetoriais Permanentes de Políticas Sociais e Políticas Urbanas, que discutem o orçamento e a integração das políticas, são coordenadas por secretários municipais e subordinadas ao prefeito. Grupos Executivos foram instituídos para temas específicos e Núcleos Intersetoriais Regionais reúnem saúde, educação e assistência social, para o acompanhamento do Bolsa Família. Há dois programas de governo com articulação intersetorial: o BH Cidadania e o programa Vila Viva.<sup>16</sup>

O BH Cidadania é coordenado pela Secretaria Municipal de Políticas Sociais e abrange as áreas de cultura, esporte, saúde, educação, abastecimento, direitos de cidadania e assistência social. O programa está focado em áreas de vulnerabilidade social e tem por objetivo promover mudanças efetivas nos hábitos e condições de vida da população.<sup>24</sup>

O Projeto Terra Mais Igual tem destaque entre as iniciativas Intersetoriais de Vitória. Trata-se de um programa de desenvolvimento social e urbano e de preservação ambiental em áreas ocupadas por população de baixa renda, que visa promover uma melhor qualidade de vida, por meio de ações sociais, ambientais, obras e serviços públi-

cos. Os gestores municipais têm percebido maior resolução nas políticas quando há integração com a ESF, em particular com o ACS, uma vez que estão em contato direto com a comunidade. O tema mais citado pelos ACS entre os problemas encontrados em atividades conjuntas foi escola/educação, compatível com a integração de longa data na história da saúde pública brasileira. Também foram citados a coleta de lixo, moradia, urbanismo e esgotamento sanitário e segurança.<sup>16</sup>

Também em Aracaju a Secretaria Municipal de Saúde desenvolve ações articuladas para enfrentar problemas específicos, como o combate à dengue, mobilidade urbana e meio ambiente, orçamento participativo e prevenção à violência doméstica. Integra-se principalmente com as Secretarias de Educação e Assistência Social.<sup>16</sup>

Em Florianópolis, o desenvolvimento de ações inter-setoriais é recente e o município busca articular as ações de saúde, educação e assistência social, sobretudo em relação ao idoso, criança, população de rua, vigilância sanitária e ambiental, com base em projetos específicos. Os gestores destacam a Comissão de Promoção da Saúde Escolar, fórum que conta com representantes da ESF, Educação, ONGs e escolas, coordenado pelas Secretarias de Educação e Saúde.<sup>16</sup>

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

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

Por outro lado, a implantação e a institucionalização da ESF em alguns municípios puderam contar com as-

pectos facilitadores como: investimento em capacitação profissional, remuneração adequada; instalação em imóveis próprios; disponibilidade de materiais de consumo e equipamentos; incentivo financeiro; apoio inter-setorial; sistema informatizado para referenciar pacientes; apoio político e tecnológico.

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

## REFERÊNCIAS

1. Pereira CM, Alves M. A participação do enfermeiro na implantação do Programa de Saúde da Família em Belo Horizonte. *Rev Bras Enferm.* 2004 maio/jun.; 57(3):311-5.
2. Hübner LCM, Franco TB. O Programa Médico de Família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva.* 2007; 17(1):173-191.
3. Borges CF, Baptista TWF. A política de Atenção Básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. *Trab Educ Saúde.* 2010 mar./jun.; 8(1):27-53.
4. Canesqui AM, Spinelli MAS. A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do estado de Mato Grosso, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008 abr.; 24(4):862-870.
5. Gaíva MAM, Silva AMN. O processo de implantação do Programa Saúde da Família no estado de Mato Grosso, Brasil: perspectiva de atores sociais da gestão estadual. *Cogitare Enferm.*, 2008 out./dez.; 13(4):576-84.
6. Göttems LBD et al. Trajetória da política de Atenção Básica à Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neoinstitucionalismo histórico. *Cad Saúde Pública.* 2009 jun.; 25(6):1409-1419.
7. Machado CV, Lima LD, Viana LS. Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24 Supl 1:S42-S57.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Na-

- cional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília, DF; 2012.
9. Rocha AA, Pereira APSP, Oliveira CL, et al. Motivação dos profissionais para o ingresso e permanência na Estratégia Saúde da Família. *Rev APS*. 2013 jul./set.; 16(3):269-277.
10. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24 Supl 1:S7-S27.
11. Pereira ATS et al. A sustentabilidade econômico-financeira no Proesf em municípios do Amapá, Maranhão, Pará e Tocantins. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):607-620.
12. Silva KL, Sena RR, Lima KMSV, Martins BR, Santos JBO. Promoção da saúde e intersetorialidade em um município da região metropolitana de Belo Horizonte/MG. *Rev APS*. 2013 abr./jun.; 16(2):165-172.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF; 2007.
14. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família. PROESF – ESTADOS. Brasília, DF; 2012.
15. Costa SM, Ferreira A, Xavier LR, Guerra PNS, Rodrigues CAQ. Referência e contrarreferência na Saúde da Família: percepção dos profissionais de saúde. *Rev APS*. 2013 jul./set.; 16(3):287-293.
16. Giovanella L et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(3):783-794.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. [Citado 2014 jan. 07]. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php)>.
18. Castro ALB, Machado CV. A política federal de Atenção Básica à Saúde no Brasil nos anos 2000. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2012; 22(2):477-506.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2008. 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília, DF; 2009.
20. Fausto MCR, Matta GC. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: Morosini MVGC, Corbo AD, organizadores. Modelos de Atenção e a Saúde da Família. Rio de Janeiro; EPSJV Fiocruz; 2007. Disponível em: <<http://www.rededepesquisaaps.org.br/>>.
21. Paim J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *TheLancet.com*. 2011 may; 11 -31. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>.
22. Lima RN et al. Desempenho de indicadores nos municípios com alta cobertura da Estratégia Saúde da Família no Estado de São Paulo. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2012 jul./set.; 7(24):164-70.
23. Viana ALA et al. Modelos de Atenção Básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):577-606.
24. Rocha MCG. Exclusão social e gestão local interseccional: desafios do Programa BH Cidadania. *Pensar BH/Política Social*. 2006 abr./jun.; 15:8-10.

---

Submissão: janeiro/2015

Aprovação: março/2015

---