

## Expansão da cobertura da Atenção Primária à Saúde: estratégias e desafios da gestão municipal

### *Expansion of coverage of Primary Health Care: strategies and challenges of municipal management*

Josué Souza Gleriano<sup>1</sup>, Lucieli Dias Pedreschi Chaves<sup>2</sup>, Aldaísa Cassanho Forster<sup>3</sup>, Janise Braga Barros Ferreira<sup>4</sup>, Amélia Cohn<sup>5</sup>

Artigo Original

#### RESUMO

A atenção primária à saúde tem papel preponderante na coordenação do cuidado e na ordenação da rede de atenção. Objetivou-se analisar a configuração da atenção primária na rede, as estratégias e desafios da gestão municipal no processo de expansão de sua cobertura. Realizou-se um estudo de caso, de abordagem qualitativa, em um município da região médio norte mato-grossense, Brasil, combinando dados primários e secundários. Entrevistas com sete informantes-chave da gestão e serviços de saúde analisadas na vertente temática, por meio do referencial analítico da rede de atenção à saúde, compondo três categorias: Contexto e organização da atenção primária na rede de atenção, Estratégias para organizar a coordenação da atenção na expansão da atenção primária e Desafios para a gestão da rede de atenção. Os resultados evidenciaram um sistema de saúde hierarquizado, com estratégias de investimento no sistema de informação, orientação à população quanto ao fluxo assistencial e forte integração ensino-serviço. Os desafios concentram-se no compartilhamento da assistência na rede e no baixo investimento na atenção secundária, com o uso de serviços privados. Conclui-se que há necessidade de fortalecimento da gestão, da coordenação da rede de saúde e da formação de recursos humanos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária à Saúde. Gestão em Saúde. Modelos de Assistência à Saúde. Territorialização da Atenção Primária. Assistência Integral à Saúde.

#### ABSTRACT

Primary health care plays a preponderant role in the coordination of care and in the ordering of the care network. This study aimed to analyze the configuration of primary care in the network, the strategies and challenges of municipal management in the process of expanding its coverage. A case study with a qualitative approach was carried out in a municipality in the middle northern region of Mato Grosso, Brazil, combining primary and secondary data. Interviews with seven key informants of health management and services analyzed in the thematic aspect, through the analytical framework of the health care network, composing three categories: Context and organization of primary care in the care network, Strategies to organize the coordination of care in the expansion of primary care and Challenges for the management of the care network. The results showed a hierarchical health system, with investment strategies in the information system, orientation to the population regarding the flow of care and strong teaching-service integration. The challenges focus on the sharing of care in the network and the low investment in secondary care, with the use of private services. It is concluded that there is a need to strengthen management, coordination of the health network and training of human resources.

**KEYWORDS:** Primary Health Care. Health Management. Healthcare Models. Territorialization in Primary Health Care. Comprehensive Health Care.

<sup>1</sup> Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5881-4945>. E-mail: josuegleriano@unemat.br

<sup>2</sup> Universidade de São Paulo (USP). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8730-2815>

<sup>3</sup> Universidade de São Paulo (USP). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2720-5802>

<sup>4</sup> Universidade de São Paulo (USP). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7480-937X>

<sup>5</sup> Universidade Santa Cecília (UNISANTA). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2416-2624>

## INTRODUÇÃO

Uma condição basilar para a garantia do direito à saúde é a organização dos serviços de saúde em rede, que no Sistema Único de Saúde (SUS) revela-se essencial para alcançar os princípios da universalidade, equidade e integralidade. O fortalecimento na articulação dos serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas em Rede de Atenção à Saúde (RAS), por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, possibilita avançar na perspectiva da atenção integral. O modelo de organização do acesso à rede de atenção, no SUS, tem sido preferencialmente por meio da coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>(1)</sup>.

No Brasil, para avançar com a implantação da APS, o Ministério da Saúde (MS) criou, em 2013, o Programa Mais Médicos (PMM) que ganhou destaque na redução da distribuição desigual de médicos e conseguiu expandir a cobertura da APS, com a ampliação do número de unidades de saúde que somaram melhorias na infraestrutura e no processo de trabalho<sup>(2)</sup>, bem como apresentando resultados na redução do indicador das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)<sup>(3,4)</sup>. No ano de 2017, as mudanças propostas no PMM, que se referem às substituições de editais e a saída em massa dos médicos cubanos, além da organização de distribuição dos novos médicos e a baixa adesão desses profissionais aos editais, sinalizavam fragilidades em componentes que o consolidavam na direção do fortalecimento da APS. Em 2019, anunciou-se a substituição do PMM pelo Programa “Médicos pelo Brasil”, mas efetivamente somente no ano de 2022 iniciou-se o processo de publicação de editais de seleção, fato que abriu um novo ciclo de critérios e inseguranças na projeção de investimento que a APS vinha recebendo<sup>(5)</sup>.

No estado de Mato Grosso, Brasil, um município da região médio norte mato-grossense, destacou-se pela rápida ampliação da cobertura da APS por meio do PMM, demandando da gestão em saúde estratégias para ampliar a infraestrutura, formar um quadro de profissionais para compor as equipes de saúde da família, além do estudo do território para mapear e definir áreas que receberiam as equipes da APS. A experiência local de municípios que tiveram um expressivo crescimento da cobertura da APS, por meio do PMM, pode revelar diversas estratégias na condução do programa<sup>(6)</sup> e na sustentação do modelo de atenção à saúde.

Nesse sentido, essa pesquisa orientou-se pelos seguintes questionamentos: quais as principais características de configuração da APS em Tangará da Serra? No processo de expansão da cobertura de APS, que fatores foram estratégicos para a consolidação da APS e quais os desafios da gestão municipal para estruturar um sistema de saúde público municipal? Assim, esse estudo teve como objetivo analisar a configuração da APS, na rede de atenção, e as estratégias e desafios da gestão municipal no processo de expansão da cobertura.

## MÉTODO

A pesquisa consistiu em um estudo de caso de abordagem qualitativa<sup>(7)</sup>, desenvolvido em um município do Estado de Mato Grosso, Brasil, localizado na região médio norte mato-grossense. O município foi escolhido em função de ser de médio porte populacional, ter relevância regional na região de saúde e por ter expandido expressivamente a cobertura de APS após adesão ao PMM, alcançando uma abrangência populacional da Estratégia Saúde da Família superior a 70%, além de possuir uma rede de atenção municipal composta por diferentes tipos de serviços (unidades de APS, de serviços especializados e estrutura hospitalar, tanto de natureza pública quanto privada), área rural e indígena.

O estudo foi organizado em duas fases com combinação de dados primários e secundários. Na primeira fase, de abordagem documental e quantitativa, coletada no período de 2018 a 2020, reuniram-se dados referentes ao recorte temporal do período de 2011 a 2020. Justifica-se o recorte temporal nos períodos por corresponder três anos antes da expansão dos serviços (2011 a 2013) e três anos após as alterações no PMM (2018-2020), podendo evidenciar o período de expansão da atenção no período de (2014 a 2016).

Para a primeira fase da pesquisa foram mapeados os documentos, Portarias, Atas de reunião do Conselho Municipal de Saúde, documentos elaborados pela gestão municipal, Plano de Saúde e a Programação Pactuada Integrada, em arquivos fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde e o levantamento de dados secundários no sistema e-Gestor Atenção Básica/Ministério da Saúde (MS) referente ao quantitativo de equipes implantadas de Saúde da Família e o percentual de cobertura de eSF e APS, e no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para identificar o quantitativo de serviços de saúde no município. No intuito de subsidiar o conhecimento da rede de serviços de saúde no município, em 2018 foram mapeados, por meio do CNES, os serviços de saúde que compunham a rede pública e privada municipal, subsidiando o pesquisador a condução das entrevistas.

No ano de 2019 e 2020 foram coletados dados primários por meio da realização de entrevistas com informantes-chave, gestores e profissionais de saúde, responsáveis pela articulação e organização do fluxo assistencial dos serviços de saúde. Os informantes-chave tiveram como critério de inclusão estar, no mínimo há dois anos, na função; excluíram-se profissionais afastados do serviço por qualquer justificativa. Treze profissionais do âmbito da gestão foram elencados como potenciais participantes, quatro da gestão da secretaria municipal de saúde; quatro profissionais que coordenam serviços da rede de atenção à saúde municipal e cinco coordenadores de unidades de saúde de equipes de Saúde da Família. O roteiro semiestruturado constituía questões referentes à experiência de trabalho na gestão da rede de

atenção, às estratégias que facilitaram a organização e articulação dos fluxos assistenciais a partir da expansão da APS no município e quais os desafios.

A coleta de dados secundários foi importada dos sites em planilhas no formato *Microsoft Excel* 2010, conferidos por dois pesquisadores independentes, analisados por estatística descritiva por meio do software *SPSS 24.0 for Windows* e apresentados em tabelas com seus valores absolutos.

Na coleta de dados primários, as entrevistas foram agendadas após o aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram áudio gravadas, mediante autorização do participante, tiveram duração média de 1 hora e 30 minutos, foram transcritas na íntegra, pela equipe de pesquisa, sendo sua identificação feita com a letra P (participante) seguida do numeral arábico, de acordo com a ordem cronológica crescente; foram armazenadas em um único documento no Word, compondo um banco de dados. Para interpretação dos dados, optou-se pela utilização da análise temática<sup>(8)</sup>. A análise dos dados iniciou com o processo de impregnação, com a leitura exploratória, vertical e exaustiva do material até o domínio do conteúdo da entrevista<sup>(8)</sup>. Esse processo permitiu elencar as percepções e o contexto dos participantes, retomando os objetivos da pesquisa.

Os achados foram organizados em três categorias temáticas: Contexto e organização da APS na rede de atenção, Estratégias para fortalecer a coordenação da atenção na expansão da APS; e Desafios para a gestão da rede de atenção. Foram consideradas no referencial analítico contribuições da literatura sobre análise da APS<sup>(1;9;10)</sup>, destacando-se eixos de organização e articulação com os serviços de saúde da rede de atenção.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT (parecer n.º 1.383.426, CAEE n.º 49419315.3.0000.5166).

## RESULTADOS

Dos treze profissionais que atenderam aos critérios de inclusão, sete aceitaram participar do estudo. As características mais frequentes do perfil socioeconômico dos participantes foram: idade acima de 30 anos (71,6%); sexo feminino (57,1%); cor branca (71,6%); casados (71,6%); com filhos (71,6%) e com vínculo de trabalho em regime estatutário (71,6%).

Nas categorias temáticas foi possível perceber aspectos de conformação da APS dos quais demonstra a responsabilidade da gestão municipal com a APS, as ações que devem ser trabalhadas para que o acesso possa ser ampliado na rede de atenção pela coordenação da APS e as estratégias e desafios da gestão em saúde para exercer a coordenação da rede de atenção no cenário de rápida expansão sem qualificação do processo de trabalho.

## Contexto e organização da APS na rede de atenção

O município de Tangará da Serra - MT possui gestão plena da APS. Os entraves para se avançar na APS, antes do PMM, eram relativos à desigualdade de forças na relação público-privada, à dificuldade de fixação de médicos com formação específica para APS, à questão salarial e ao impacto da Lei de Responsabilidade Fiscal sobre a possibilidade de ampliação do quadro de pessoal contratado. Conforme pode ser constatado na fala:

“Já era para ter expandido, o município tem esse porte, mas mesmo próximo da capital tem dificuldade de fixar médico na APS, primeiro pela questão salarial, muitos são especialistas e preferem atuar nas suas áreas, depois porque o setor privado inibe o setor público aqui, ele é forte. E quando a gente fala em ampliar a folha de pagamento do médico, acaba esbarrando no limite da Lei de Responsabilidade Fiscal” (P1).

Gestores relataram dificuldades no início da expansão da APS, após a chegada dos médicos do PMM, por atrasos no processo de cadastramento das novas equipes, como pode ser verificado na comparação de coberturas dos anos de 2014 e 2015:

“Mesmo com a legislação do Ministério da Saúde, demorou a habilitação das equipes, a maior parte só conseguiu habilitação no final de 2015” (P1).

Após mudanças pelo MS no PMM, a partir de 2017, registrou-se no município diminuição da cobertura e incerteza quanto à sustentabilidade da expansão e sua manutenção:

“As mudanças que aconteceram no PMM fragilizaram a manutenção do número de equipes e agora, com as novas conversas desse novo programa [Médicos pelo Brasil], vai deixando preocupações para manter o que conseguimos avançar” (P1).

A Tabela 1 apresenta a expansão da cobertura na APS. O município aderiu em 2013 ao PMM e, a partir de 2014, recebeu os médicos do programa. Esse fato fortaleceu a expansão da cobertura com o predomínio de implantação de equipes de Saúde da Família (eSF) em unidades eSF.

**Tabela 1** – Número de equipes de Saúde da Família, percentual de cobertura de Equipes de Saúde da Família e da Atenção Básica, no período de 2011 a 2020, em Tangará da Serra – MT, Brasil

	2011	2012	2013	2014*	2015	2016	2017	2018	2019**	2020
<b>Número de eSF</b>	10	10	8	10	22	26	24	23	22	22
<b>% Cobertura de ESF</b>	41,35	40,44	31,67	38,23	82,23	95,13	85,42	80,29	74,58	73,16
<b>% Cobertura de APS</b>	44,95	45,71	47,61	71,90	82,23	98,31	85,42	83,99	80,22	79,58

\*Chegada dos médicos após adesão ao PMM

\*\*A partir de agosto de 2019 é lançado o programa Médicos pelo Brasil

Fonte: Elaborada pelos autores com base em: DATASUS, MS/SAPS/Departamento de Saúde da Família – DESF

No período de 2014 a 2016, a cobertura da APS teve crescimento, principalmente pela eSF. É possível verificar na Figura 1 o alcance da cobertura no território urbano por unidades de Saúde da Família.

A Figura 1 e a Tabela 2 apresentam os dados que subsidiaram as entrevistas com os informantes-chave, apresentam a cobertura da APS no município, em 2018, fruto de um amplo processo de redistribuição de área, além de verificar predomínio, principalmente, de serviços de APS (postos de saúde/unidades de Saúde da família), ou seja, uma configuração da rede de atenção na propositura da APS para coordenar o acesso na rede de atenção à saúde:

“Expandir a APS tem por objetivo implementar uma organização do acesso na rede de atenção” (P2).

**Figura 1 – Distribuição espacial das unidades Saúde da Família em Tangará da Serra, 2018**



Fonte: Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde<sup>(11)</sup>

Na Tabela 2, apresentam-se os serviços de saúde nesse município.

**Tabela 2 – Tipo de estabelecimento por esfera administrativa, Tangará da Serra, 2018**

<b>Tipo de Estabelecimento</b>	<b>Estadual</b>	<b>Municipal</b>	<b>Privado</b>	<b>Total</b>
Unidade de Saúde da Família	-	23	-	23
Centro de Saúde	-	01	-	01
Unidade Básica de Saúde	-	01	-	01
Posto de Saúde	-	12	-	12
Casa de Saúde Indígena – CASAI	-	01	-	01
Núcleo de Apoio à Saúde da Família	-	02	-	02
Unidade Móvel Odontológica	-	01	-	01
Consultório Isolado	-	-	97	97
Central de Abastecimento Farmacêutico	-	01	-	01
Farmácia Popular/Farmácia satélite	-	02	-	02
Centro de Especialidades	-	01	56	57
Serviço de Assistência Especializada/Centro de Testagem e Aconselhamento DST/Aids	-	01	-	01
Unidade de Coleta e Transfusão de Sangue	-	01	-	01
Centro de Reabilitação	-	01	-	01
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	-	01	11	12
Unidade de Vigilância Ambiental	-	01	-	01
Unidade de Vigilância Epidemiológica	-	01	-	01
Unidade de Vigilância Sanitária	-	01	-	01
Equipes de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	-	05	-	05
Serviço de Atendimento Domiciliar	-	-	05	05
Unidade de Pronto Atendimento	-	01	-	01
Centro de Atenção Psicossocial	-	01	-	01
Centro Nefrológico	01	-	-	01
Central de Regulação de Serviços de Saúde	-	02*	-	02
Secretaria de Saúde	-	01	-	01
Escritório Regional de Saúde	01	-	-	01
Consórcio Intermunicipal de Saúde	-	01	-	01
Hospital	-	02**	03	05
<b>Total</b>	<b>02</b>	<b>65</b>	<b>172</b>	<b>239</b>

\*O município administra a central municipal e a de regulação de urgências da região de saúde \*\* um hospital privado encampado como unidade municipal.

Fonte: CNES/DATASUS/2018

Na zona urbana concentram-se as Unidades de Saúde da Família, Centro de Saúde e Unidade Básica de Saúde. A zona rural conta com postos de saúde que também estão localizados em territórios indígenas, assentamentos e distritos municipais, tendo suporte das equipes de Estratégia de Saúde da Família.

A atenção secundária tem forte presença da rede privada, que presta serviços para o SUS para diagnose, terapia e internações, para atenção às especialidades médicas e, principalmente, Unidades de Terapia Intensiva, adulta e neonatal, conforme pode ser constatado na fala:

“A nossa atenção especializada é dependente do sistema privado, a parte de diagnose é concentrada nele, tem muita prestação de serviços tanto para leitos de UTI quanto para a realização de parto” (P1).

A atenção hospitalar possui uma Unidade de Pronto Atendimento e um hospital municipal. No período de coleta de dados, no CNES, constava que o serviço público havia encampado um hospital privado, resultando, assim, em mais uma unidade assistencial hospitalar. No entanto, posteriormente, gestores mencionaram a descontinuação do serviço.

“Organizamos um complexo hospitalar no município que possui capacidade de comunicação com o SAMU, a UPA e o hospital” (P2).

A gestão estadual coordena a unidade descentralizada da Secretaria de Estado de Saúde, o Escritório Regional de Saúde (ERS) e um serviço de atendimento de nefrologia e diálise. O município não possui um hospital regional com administração do estado, embora seja referência estadual para atenção de grande parte dos serviços pactuados no consórcio intermunicipal da região de saúde.

A implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi considerada pelos participantes um avanço para o suporte às equipes:

“O NASF foi uma oportunidade para pensar no suporte à APS, visto que na expansão da APS muitas demandas antes marginalizadas começaram a aparecer com maior frequência nos encaminhamentos” (P1).

Entretanto, devido à falta de infraestrutura e aos contratos precários do quadro dos profissionais, percebe-se uma baixa valorização do seu trabalho por parte da gestão:

“Falta espaço para trabalhar e um perfil profissional que entenda a proposta de trabalho do NASF. O que vejo é que o NASF se reduziu à regulação” (P3).

Com a inauguração de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), em 2016, em pleno processo de expansão da APS, percebe-se que houve dificuldade de regulação do acesso e de fluxos de atendimento, dado que a oferta de serviços competia entre si na produção de procedimentos:

“Pelo porte populacional, era necessário implantar uma UPA, mas a expansão de serviços ao mesmo tempo exigia uma gestão técnica, que não conseguiu coordenar e regular recursos humanos e insumos, para fazer um fluxo que valorizasse a competência de cada serviço. Olhando para essa experiência, alguns erros da gestão e de profissionais

responsáveis dos serviços acabaram que embaralhando as competências de cada serviço. Não ficando claro para o usuário a rede de atenção” (P2).

## **Estratégias para fortalecer a coordenação da atenção na expansão da APS**

Segundo os participantes, o sistema de saúde local funciona de forma hierarquizada, tem-se a porta de entrada pelas unidades de saúde da APS e pelo pronto atendimento, sendo esses serviços os responsáveis pela referência aos setores secundários e terciários:

“Com o aumento da cobertura da Saúde da Família, houve a organização das portas de acesso, a unidade básica tem sido a principal porta de entrada. Conseguimos chegar até as pessoas, agora estamos organizando o fluxo com o hospital e a UPA (Unidade de Pronto Atendimento)” (P2).

Com a expansão da cobertura da APS, houve mudança do fluxo de atenção na APS, visto que a população, em sua grande maioria, não estava acostumada a ter uma unidade de saúde em seu bairro:

“Antes, muitos usuários que não tinham equipe de saúde da família precisavam ir até a unidade central para pegar senha e agendar sua consulta, agora, praticamente a cidade está coberta por equipes de saúde” (P2).

“Antes, qualquer demanda que era emergencial ia para a unidade mista, hoje, a unidade Saúde da Família assume muitas das demandas” (P5).

Os gestores precisaram informar e orientar a população por meio de diferentes espaços de comunicação a função das unidades de Saúde da Família e a organização do fluxo da rede de serviços:

“Profissionais usam as salas de espera para orientar o fluxo da rede e a importância de a unidade ser o primeiro ponto de acesso” (P1).

“Usamos a mídia e a rede social para mostrar a organização dos serviços de saúde” (P5).

A expansão da cobertura da APS impulsionou o cadastramento e o conhecimento das necessidades locais, tendo sido necessário investir no sistema de informação e fortalecer o seu uso:

“Foi realizado um mutirão de cadastramento. Estávamos ampliando a cobertura e não sabíamos quantos usuários tínhamos nos bairros. Usamos mapas da Secretaria de Planejamento, mas era necessário conhecer o que realmente tinha no território” (P2).

A adesão ao cartão SUS no cadastramento e durante o acompanhamento dos usuários foi destacada por possibilitar uma melhor programação de seus atendimentos; nos relatos ganhou destaque como meio de fortalecer a integração e a comunicação com a rede de atenção:

“Todos os serviços solicitam a apresentação do cartão SUS. Os usuários hipertensos, diabéticos em todas as consultas precisam levar seus cartões; o da gestante é o mais utilizado e a de alto risco tem bom registro no cartão, isso ajuda a identificar o acompanhamento delas” (P3).

Para incentivar a troca e integração de dados nos pontos da rede de serviços, a gestão pública por meio de uma empresa contratada investiu no sistema de informação:

“Se o usuário hoje for à UPA ou ao hospital municipal, ele tem um histórico da APS registrado e por lá pode ser feita a comunicação. Todos os profissionais que estão envolvidos no atendimento desse usuário podem acessar essa informação” (P2).

“O sistema de informação tem integrado o caminho do usuário, se ele vai a qualquer serviço é possível ter informações de exames e anotações. A central de regulação faz o agendamento e informa no sistema” (P4).

As falas a seguir evidenciam que o compartilhamento de dados e a sua discussão fazem o resgate da necessidade de fluxos ser ordenado na rede, com definições de referência e contrarreferência, além de promover a atuação multi e interprofissional relativas aos casos referenciados. Destaca-se que esse aspecto esteve mais presente no trabalho que envolveu serviços de atenção à saúde mental:

“O trabalho da saúde mental tem se aproximado mais da comunicação com a APS. Eles fizeram reuniões com as equipes das unidades de Saúde da Família para discutir casos e estreitar os laços. No início, era para conhecer a dinâmica do serviço, mas agora já fazemos Projeto Terapêutico Singular” (P6).

Dos elementos constitutivos da coordenação do cuidado na rede de atenção para facilitar o acesso a serviços de saúde por meio de planos de cuidados que possam potencializar as ações qualificadas frente à necessidade do usuário, o sistema de informação tem auxiliado a coordenação do cuidado das condições crônicas, a partir da classificação de complexidade de intervenção requerida para o atendimento das demandas dos usuários por parte das equipes de saúde:

“Pacientes que possuem condição crônica exigem da APS maior acompanhamento deles na rede. O sistema de informação tem ajudado quando eles caminham na nossa rede municipal” (P5).

Ter um centro de referência no município para testagem e tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Aids estimulou a descentralização da testagem na rede de APS, com suporte de monitoramento dos pacientes, tanto pela APS quanto pelo serviço especializado:

“O trabalho integrado com o CTA/SAE é importante para não perder o paciente e fazer o monitoramento. O fluxo desse usuário aqui está bem definido tanto para a testagem como para o encaminhamento ao especialista” (P6).

A oportunidade de comprar serviços na rede privada local, por meio de convênios firmados na região de saúde, para diagnose e terapia e consultas a especialistas, foi considerada oportuna para responder, mais rapidamente, às demandas do usuário:

“O município tem suporte de especialistas, mais no nível privado, porém é possível comprar esses atendimentos. Não conseguimos avançar em um centro de especialidades nosso, público, mas conseguimos encaminhar esse usuário para especialistas aqui mesmo no município” (P1).

Cabe ressaltar que o município, no período analisado, não integrou o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Médio Norte Mato-grossense.

A integração ensino-serviço com uma Universidade pública, de reconhecimento na atuação de parceria institucional por meio do ensino, pesquisa e extensão, além de campos de estágio por meio da preceptoria, foi considerada um espaço de articulação, de compreensão das dificuldades da rede de serviços, como também um apoio à elaboração de documentos que ajudassem a gestão em saúde.

A participação de representantes da Universidade na gestão municipal, principalmente no período de 2015 a 2019, contribuiu com a produção de documentos norteadores para a coordenação do cuidado, cursos de curta duração, aperfeiçoamento e especialização, além de desenhos de fluxos de processos por meio de um Programa de Extensão e Pesquisa alinhado às necessidades da gestão em saúde municipal.

“Resultados de pesquisas apresentadas em seminários e em relatórios mostram coisas que nós não enxergávamos. O desenho dos fluxos e macroprocessos que integram a UPA, o hospital e o SAMU foram elaborados pelos alunos em parceria com um grupo de trabalho nosso” (P1).

“A construção da Carteira de Serviços da Atenção Primária envolveu os profissionais da rede de serviços e as ações e o processo de trabalho foi articulado com a universidade para ajudar a gestão a produzir um material que orientasse a Atenção Primária sobre a atenção e o fluxo do usuário na rede. Considerado um avanço na documentação do processo de trabalho” (P2).

## **Desafios para a gestão da rede de atenção**

Foi destacada pelos gestores a necessidade de publicizar o que compõe a rede municipal de referência:

“Precisamos montar um mapa da rede de serviço, já conversei com o pessoal da universidade, nós sabemos no dia a dia como as coisas funcionam e os jeitinhos que damos para dar conta, mas isso não está no papel” (P1).

Os participantes relataram que existe alto volume de atendimento de consultas de baixa complexidade na UPA, mas, por questões de financiamento, esse serviço tem atendido a casos que poderiam ser referenciados para as unidades de Saúde da Família:

“A UPA e a Saúde da Família precisam entrar em um consenso e organizar o fluxo entre elas. É necessário aproximar esses gestores para definir limites de atuação dos seus serviços. Já foi conversado, mas os relatórios não mostram mudanças. Precisar entender-se o que realmente está acontecendo” (P2).

Tal fato sugere fragilidades na organização do sistema local e na resolubilidade do modelo de atenção proposto. Como consequência da rápida expansão da APS, verifica-se um aumento da demanda para os serviços de especialidades, diagnose e terapia:

“A expansão foi muito rápida, não conseguimos ainda organizar e garantir o acesso de todos ao especialista” (P3).

Por outro lado, a utilização do sistema privado de saúde constituiu-se em estratégia dos usuários para realizar os exames e agilizar o encaminhamento ao especialista no SUS:

“Tem muito usuário que, se o SUS demorar para marcar o exame, ele dará um jeito de pagar o exame, mas depois volta para a fila do especialista do SUS” (P6).

“Tem sido recorrente ouvir e/ou ver um usuário que tinha exames encaminhados para serviços de algumas especialidades ter ido a um serviço privado fazer, para acelerar o encaminhamento” (P6).

No caso de medicamentos, a depender da condição financeira do usuário, percebe-se orientação de acessar a defensoria pública:

“Se não tem medicamento na farmácia central ou na popular, em caso de medicações muito caras, recomendo que procure o Ministério Público” (P7).

A comunicação dos serviços que compõem a rede local de saúde é um desafio na condução da assistência integral à saúde; bem como a necessidade de ampliação do diálogo com a equipe médica da regulação e das unidades de saúde para efetivar maior efetividade na condução clínica no encaminhamento do usuário:

“A contrarreferência é a maior dificuldade hoje. Falta informação e os enfermeiros fazem malabarismo para conseguir informação para acompanhar na APS” (P5).

Os participantes relatam que existe preenchimento inadequado das fichas de referência, em especial no que diz respeito às informações do diagnóstico e/ou tratamento indicado ao usuário, o que prejudica a continuidade do cuidado:

“Muitos encaminhamentos precisam ser retornados, o médico auditor na central de regulação encontra falta de informações e justificativas. Quando retornam à unidade, alguns nem são reencaminhados” (P4).

“Precisamos que os médicos da Saúde da Família não simplesmente encaminhem, é necessário compreender como o usuário está na rede. Precisa criar uma estratégia de diálogo entre a nossa equipe e eles” (P6).

Tanto a utilização do sistema de informação quanto a dos cartões de acompanhamento do usuário foram consideradas relevantes para o monitoramento das condições de saúde, mas requerem a adoção de estratégias para garantir sua utilização na perspectiva da assistência integral à saúde:

“Temos o cadastro dos usuários, mas nem todos os hipertensos ou diabéticos têm cartão de acompanhamento. Temos cartões da gestante, da criança e do idoso, mas falta um sistema que mostre como estão esses acompanhamentos. O da gestante é o que mais funciona aqui” (P7).

“Às vezes, o usuário falta no encaminhamento e aí eles acabam indo lá [central de regulação] com o pedido do exame ou de consulta solicitando que remarque” (P6).

O comprometimento profissional com o monitoramento dos encaminhamentos e a reflexão sobre as demandas atendidas e encaminhadas foram considerados pertinentes para avançar na assistência integral à saúde:

“Precisava arrumar uma forma das equipes começarem a avaliar o seu trabalho, sua ação clínica. Não significa restringir exames e encaminhamentos, mas ter racionalidade no que realmente é preciso encaminhar. Como gerente da unidade percebi que muita coisa é encaminhada sem necessidade. No PMAQ [Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica] fizemos essa reflexão, mas não continuou” (P6).

“É necessário priorizar, de fato, esse monitoramento, para que não se transforme meramente em mais uma das atividades a ser desenvolvida em meio a múltiplas demandas assistenciais e gerenciais” (P4).

Nota-se que os enfermeiros são os responsáveis técnicos pelas unidades, mas atuam tanto no gerenciamento quanto assumem a assistência:

“Os enfermeiros fazem a assistência e a gerência da unidade de saúde. Eles acompanham a marcação dos encaminhamentos e a evolução do paciente na fila, mas tem a consulta aos pacientes, visitas, orientações, reuniões, capacitações, a supervisão da equipe e o levantamento e controle de insumos. Fazer tudo isso no mesmo momento não é fácil” (P7).

Por fim, segundo os entrevistados, a rotatividade de secretários municipais de saúde e as mudanças na configuração do PMM representam limites que expõem dificuldades para avançar na configuração do modelo de atenção municipal:

“Tem um problema que é a troca de secretários, aqui tem muita troca, cada um que assume quer fazer do seu jeito para deixar o seu nome. Isso às vezes não ajuda a seguir um modelo de atenção, porque depende do conhecimento de cada gestor” (P6).

“As mudanças que estão acontecendo no PMM tem afetado diretamente a nossa gestão. O município apostou no programa e com a saída de grande parte dos médicos, ainda não conseguimos repor todos, e o perfil de quem está chegando para trabalhar é muito diferente dos que vieram primeiro. Precisar investir muito na formação desses novos médicos para que a APS possa ser mais resolutiva” (P1).

## DISCUSSÃO

Ter a APS como ordenadora da rede de atenção, em um sistema de saúde, é entendido como possibilidade de melhoria dos indicadores de saúde da população atendida, de serviços mais efetivos e de qualidade, que favorecem o acesso mais equitativo dos cidadãos à atenção à saúde, uma forma de reduzir as desigualdades sociais entre subgrupos populacionais no quesito saúde. No Brasil, o crescimento da cobertura da APS tem mostrado o investimento em garantir o acesso à saúde a partir do primeiro nível de atenção<sup>(2,4)</sup>. O impulso do nível federal à expansão e implantação da APS, via Saúde da Família, por meio de projetos arquitetônicos para a construção de unidades básicas de saúde, alinhados ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, possibilitou à gestão municipal de Tangará da Serra - MT construir novas unidades de saúde, apoiando a expansão da cobertura da APS, que foi fortalecida pela adesão do município ao PMM.

Constata-se que o PMM foi uma estratégia adotada pelo MS para favorecer a expansão da APS, principalmente em municípios com maior dificuldade de fixar o profissional médico<sup>(2)</sup>.

Como apresentado nos resultados desse estudo, verifica-se na literatura nacional que houve crescimento do número de eSF, induzido pela pactuação federal do PMM<sup>(3)</sup>, sendo esse o principal modelo da APS no país, configurando-se como uma política equitativa no SUS<sup>(12)</sup>. A maior disponibilidade de médicos na APS tem levado à possibilidade de melhorias na continuidade da assistência, com o aumento do número de consultas e ações de prevenção<sup>(13)</sup>. No entanto, as mudanças realizadas pelo MS na condução do PMM, a partir de 2017, e o lançamento de um novo programa, em 2019, representam a frágil sustentação política de programas de saúde no país, desenhados muito mais como projetos partidários do que como política de saúde do Estado<sup>(5)</sup>.

É possível verificar na APS de Tangará da Serra - MT que a eSF foi formalizada como porta de entrada do sistema de saúde. Existe suporte aos territórios que são considerados de população em situação de vulnerabilidade, como indígenas, assentamentos, zona rural e distritos municipais, aspectos que corroboram para a universalização do acesso<sup>(12)</sup>, porém, mesmo com a expressiva contribuição do PMM para atender a esses grupos populacionais, nesses territórios permanecem unidades cujo atendimento é realizado por equipes volantes, que oferecem serviços à população em determinados períodos, estabelecidos na agenda da gestão municipal.

Foram relatadas fragilidades relacionadas à comunicação no fluxo do usuário na rede de atenção, principalmente, sobre a contrarreferência, bem como dificuldades de continuidade do cuidado pela equipe de Saúde da Família. De certa forma, a integração entre os serviços de saúde que compõem a rede de atenção municipal ainda é frágil, com necessidade de fortalecer estratégias de coordenação entre os profissionais. Nota-se um investimento por parte do MS para fortalecer a informatização na APS, no intuito de superar a fragmentação dos dados clínicos e a fragilidade da comunicação da rede de atenção. Ainda assim, as informações coletadas corroboram que têm sido pouco exploradas a infraestrutura e a capacitação<sup>(14)</sup> para ampliar a competência da tomada de decisão clínica e gerencial.

Aspecto que recai sobre a atenção da gestão em saúde quanto ao uso dos sistemas de informação em saúde (SIS) pelos profissionais de saúde da rede de atenção. Os SIS devem garantir à gestão em saúde uma capacidade de análise das necessidades locais dos serviços de saúde, além da produção realizada pelos serviços, sendo capaz de prover interlocução entre os pontos de atenção da rede e seus recursos existentes. Assim, os SIS são amplamente utilizados para conectar pontos de atenção à saúde e sustentar decisões quanto à prevenção e promoção de saúde, controle de doenças, vigilância e monitoramento<sup>(15;16)</sup>.

A gestão de serviços da APS e de especialidades, em Tangará da Serra - MT, insere-se no âmbito da esfera administrativa municipal; entretanto, os resultados permitem constatar a necessidade de se expandir a rede local de serviços, principalmente com unidades que deem suporte à APS. Foram relatadas dificuldades na gestão do fluxo assistencial e competição por

produção de serviços entre a APS e a UPA. Constatou-se, nesse município, um elevado número de atendimento de demandas dos usuários na UPA que poderiam ser atendidos na APS<sup>(17)</sup>. A alta taxa de atendimentos em UPA de casos que poderiam ser atendidos na APS é uma realidade no SUS<sup>(18)</sup>, mostrando a necessidade de regulação do acesso e da assistência por parte da gestão em saúde, a partir de um constante monitoramento dos sistemas de informação.

No que tange à gestão do fluxo assistencial, o desafio da coordenação da atenção perpassa pela fragilidade da rede de atenção e da baixa organização quantitativa para atender às demandas locais, além do quantitativo de recursos humanos e da qualificação do processo de trabalho. A coordenação precisa garantir, por meio do monitoramento dos planos terapêuticos e das necessidades de saúde, que os fluxos e contrafluxos de pessoas, que coadunam com produtos e informações, facilitem a prestação do cuidado contínuo e integral, em local e tempo oportunos<sup>(1)</sup>. Avançar nessa concepção requer da gestão a articulação das ações de saúde pública do ponto de vista da vigilância em saúde que subsidia a ação regional de pactuação de serviços por meio da definição de fluxos estabelecidos na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), além das ações seguidas pelo Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS)<sup>(19)</sup>.

Um ponto a ser explorado, enquanto análise de comunicação do sistema de informação pela rede de atenção, é que nesse município há uma forte presença da prestação de serviços privados em especialidade, apoio a diagnose e terapia, porém, a comunicação desses serviços com o serviço público de referência é frágil, justamente pela forma como ocorre a lógica de gestão da regulação do sistema privado, dada sua natureza de mero prestador de serviço, ou seja, não cumpre o papel esperado em uma rede de saúde, articulada, integrada, nem se comunica com o sistema público de serviços, no sentido de compartilhar informações sobre a prestação de serviços<sup>(20;21;22)</sup>.

Cabe ressaltar que o PMM influenciou a expansão da APS, mas não conseguiu projetar alterações para reorganizar a atenção ambulatorial e hospitalar, como garantia de continuidade da assistência integral à saúde. Persiste ainda na rede de atenção local a carência de infraestrutura e de profissionais em serviços especializados<sup>(23)</sup>, como constatado nesse estudo. Na expansão da APS, por meio do PMM, registrou-se a dificuldade de agendamento de consulta com médico especialista<sup>(24)</sup>. A busca do sistema privado por usuários do SUS, principalmente para realização de exames e consultas com especialistas, para reduzir o tempo de espera na fila de serviços ambulatoriais ou hospitalares, é uma constatação no país<sup>(25)</sup>.

É notório nesses mais de trinta anos do SUS que a crescente demanda aos serviços públicos, registrada pelas mudanças epidemiológicas, demográficas e socioeconômicas, tem causado um descompasso entre o aumento da demanda e a oferta de serviços, comprometendo a qualidade da prestação da assistência<sup>(26)</sup>. O avanço da APS, no Brasil, não foi capaz de

solidificar uma rede de atenção com pontos estratégicos da atenção secundária e terciária capaz de captar as demandas expressas nas necessidades que o território até então descoberto velava<sup>(27)</sup>.

Recuperar os aspectos de atenção continuada e de coordenação do cuidado que demonstram a defesa de organização da APS como base dos sistemas de saúde para reduzir as iniquidades em saúde e alcançar uma projeção dos níveis de saúde com maior equidade, dado o alcance das atividades de projeção comunitária, é fundamental<sup>(27)</sup>. No entanto, cabe ressaltar que o dilema brasileiro do mix público-privado, acrescido recentemente pela pulverização de clínicas populares com acesso mais rápido por meio desse serviço privado, contamina o ideário de grande parte da população que até então dirigia-se somente ao SUS, aumentando a fragmentação da atenção à saúde no sistema<sup>(28)</sup>, desqualificando a organização do acesso por meio da APS e abrindo portas para as negociações que geram investimento no setor privado de atenção, favorecendo conseqüentemente a precarização do setor público. Por isso, a equidade e a integralidade da atenção à saúde ainda prosseguem como um desafio importante a ser superado no acesso aos serviços de saúde pública.

O uso do consórcio intermunicipal de saúde, para pactuação de serviços especializados, tem sido uma das ferramentas da gestão para ampliar a possibilidade de o usuário acessar o nível secundário e terciário. Os principais problemas que permeiam o acesso à atenção ambulatorial e hospitalar no SUS são: o tipo de especialidade da área para consulta; a localização geográfica do município; a racionalização do uso de recursos e as dificuldades de gerenciamento do acesso às ofertas públicas e privadas pactuadas; a capacidade de absorção da demanda da rede de atenção<sup>(29)</sup>. Diante do exposto, é possível inferir que essas situações expostas se agravam principalmente em municípios de pequeno porte no que tange à regulação assistencial para diagnose, terapia e especialidades médicas de referência.

Com o processo de municipalização da gestão, perceberam-se indícios de que Tangará da Serra - MT, município com maior alocação de serviços de saúde sob sua competência na região de saúde, tende a assumir funções de regulação na região de saúde. Cabe, no entanto, ressaltar que transferências de responsabilidades exigem novas competências aos gestores, que podem permitir maior acesso e racionalização de recursos, mas podem também criar tensões no que diz respeito à participação dos estados na cooperação de suas atribuições com o sistema de saúde.

Investir na integração do sistema de saúde em RAS oportuniza reduzir os custos e otimizar o uso dos recursos, porém, a expansão da rede de atenção para ampliar o acesso e tornar o sistema de saúde mais equitativo não pode seguir a lógica do consumo de serviço de saúde, mas da necessidade em saúde de uma perspectiva regional<sup>(30)</sup>. Daí a necessidade de revisitar as demandas dos territórios de saúde, para estabelecer arranjos tecnológicos do cuidado que

permitam exercer a regulação do acesso para além de um complexo regulador, que se espelhe na ação gestora de filas de espera em sistemas informatizados<sup>(31)</sup>. Pode-se estimular que a gestão use da posição do enfermeiro na gerência para maior inserção desse profissional na cogestão da organização da rede de serviços para a organização do fluxo assistencial.

A construção de redes de atenção a partir das dinâmicas territoriais favorece a cooperação e a integração dos atores que estão envolvidos nos serviços de saúde fortalecendo a coordenação do cuidado. Por isso, é necessário que a gestão em saúde compreenda que na coordenação da atenção existem relações interpessoais e interorganizacionais que permeiam distintas formas de coordenação; coordenação sequencial, recíproca e coletiva<sup>(32)</sup>. O importante é que o sistema de saúde, frente às suas distintas formas de organização, atenda à necessidade do usuário.

O apoio da gestão na análise de fluxos e contrafluxos a partir da experiência do usuário e o seu envolvimento nos processos de coordenação tornam-se uma importante estratégia para favorecer a comunicação. Os participantes desse estudo reconheceram a comunicação como possibilidade para avançar no processo de trabalho das equipes e da gestão sobre a rede de atenção<sup>(33)</sup>. Portanto, além da organização dos serviços e dos profissionais de saúde no fluxo assistencial regulado, a comunicação com o usuário é um elemento importante na regulação do acesso.

O município aderiu à iniciativa federal de implantação do NASF, que estrategicamente incentivaria a intersetorialidade com aspectos relativos à clínica ampliada, por meio do apoio matricial<sup>(34)</sup>. No entanto, percebe-se que a experiência tem sido mais utilizada na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), por meio das equipes de saúde mental. O uso do PTS tem mostrado oportunidades de aproximar os pontos da rede de atenção em uma estratégia para fortalecer a condução do cuidado e a aproximação do usuário com o seu itinerário terapêutico, podendo-se enfrentar barreiras e proporcionar melhoria na produção de cuidado no âmbito dessas redes de atenção<sup>(35)</sup>.

Com a expansão da APS em Tangará da Serra – MT, desencadeou-se a abertura de vagas de trabalho para outras categorias profissionais, como enfermeiros/técnicos de enfermagem/auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e de serviços gerais. No entanto, estudos que registram o perfil dos profissionais que assumiram a APS nesse município mostraram pouca experiência e formação para o trabalho, nesse nível de atenção, repercutindo na organização do processo de trabalho indicando fragilidades para avançar na atenção integral, baixa cultura reflexiva de avaliação das atividades desenvolvidas, além da dupla função do profissional enfermeiro, na assistência e gerência nos serviços de APS<sup>(36,37,38)</sup>. Assim, as constatações precisam ser analisadas pela gestão em saúde municipal, no intuito de potencializar a coordenação do cuidado pela APS.

Um ponto a ser explorado na gestão é que os participantes reconhecem a necessidade de investimento em educação permanente. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) reafirma o potencial da Educação Permanente para qualificar os processos de trabalho na organização das ações e dos serviços de saúde ao identificar as necessidades educacionais de formação profissional no SUS, porém, o que se percebe é que se transformou em um espaço mais próximo dos aspectos técnicos da prática em saúde do que dos aspectos da gestão<sup>(39)</sup>, o que pode estar fragilizando a capacidade de ampliação da coordenação da atenção na proposta de redes integrais de atenção à saúde.

A aproximação com centros de formação de pessoal é desejável e capacitações que fortaleçam a reflexão sobre a avaliação, monitoramento e a regulação são oportunas para enfrentar os problemas cotidianos que foram relatados nesse estudo. No caso do município estudado, verifica-se que existe integração ensino-serviço, que foi reconhecida e premiada pela forma como apoia a gestão em saúde<sup>(39)</sup>, por articular linhas de pesquisa, direcionadas pela gestão em saúde municipal, resultando na entrega de sumários executivos com aspectos que favoreciam e fragilizavam o processo de trabalho da APS na rede de atenção, que fomentou a abertura de um curso de especialização com enfoque no gerenciamento da APS, além da elaboração de um documento técnico para nortear a coordenação e o processo de trabalho na APS<sup>(11)</sup>. Ou seja, criou-se um ambiente que poderá ser analisado sobre a dinâmica e as contribuições dessa interface de colaboração na formação e aperfeiçoamento para o trabalho dos recursos humanos em saúde.

O estudo permitiu o registro do processo de expansão da APS, como também elencar estratégias utilizadas pelos gestores e atores envolvidos na rede de atenção e os desafios para melhoria da coordenação da APS na organização do sistema de saúde. Para fortalecer o acesso norteado pelos princípios do SUS, a implantação de novas unidades de Saúde da Família ampliou a sua abrangência em termos de infraestrutura e equipamentos, mas requer como evidenciada uma adoção efetiva de formação de carreira profissional que valorize o trabalho na APS.

Os desafios apresentados pelos participantes mostram algumas dimensões de trabalho da gestão na APS dos municípios, particularmente naqueles que igualmente buscam formas de alteração do fluxo de atendimento com os serviços privados. Em relação ao modelo de atenção, algumas características extraídas nesse estudo permitem deduzir que até o momento, frente às modificações realizadas pela gestão municipal, houve incrementos que fortaleceram aspectos da implementação da política de APS, mas são parciais e não aferem ainda uma transformação do modelo. Nesse sentido, para consolidar a mudança esperada pelo investimento na APS, o município precisará investir na qualificação profissional das equipes de saúde e na perspectiva da clínica ampliada subsidiada em avaliações constantes de seus indicadores. O trabalho em

uma equipe interdisciplinar com a responsabilidade sanitária subsidiará a gestão em saúde e reformulará estratégias para enfrentar os desafios encontrados de consolidar a APS como ordenadora da rede de atenção à saúde.

## CONCLUSÕES

A expansão da APS no município teve como fio indutor a adesão ao PMM. As principais características que configuram a APS revelaram o aumento do número de equipes de saúde; no entanto, a ampliação do acesso não conseguiu garantir a completude dos princípios da APS, dados os relatos de fragmentação das ações no processo de trabalho, por motivos de formação profissional, acompanhamento da gestão e das mudanças do programa PMM realizadas pelo MS. Há evidências de que a capacidade de resposta do setor saúde tem limites quanto à integração dos serviços e à coordenação da APS na rede de atenção, mas aparecem traços importantes que em curto prazo solidificam a proposta de organização da atenção por meio da ampliação da cobertura da APS.

Foi estratégica para a consolidação da APS a figura do gestor, enquanto agente que mobilizou a decisão para expansão da APS, mas também de ações da gestão na atenção, desde a oferta de sistema de informação, o incentivo ao cadastramento de usuários do SUS, possibilitando a comunicação com a rede de atenção, além de informar à população sobre o fluxo assistencial da rede. Cabe destacar que a efetivação de uma rede de atenção municipal perpassa pela capacidade da gestão para estruturar um sistema de saúde público municipal que consiga gerenciar suas interfaces com os diferentes serviços que estão listados na rede de atenção.

O registro do uso de serviços privados para acessar a rede de atenção no SUS expõe a necessidade de investimento de expansão da rede de atenção secundária para apoiar a APS, como também de qualificação da regulação do acesso e assistência por parte do poder público. O que exige fomentar uma maior capacidade de organização regional de serviços, de efetivação da coordenação da atenção com a rede de serviços e da promoção de espaços permanentes de formação de recursos humanos. O fortalecimento do espaço de integração ensino-serviço revela-se uma importante estratégia diante desse cenário.

Embora este estudo tenha por referência o caso de um município, a compreensão dessa experiência específica certamente traz luz para o entendimento e redefinições dos rumos à gestão, sobre pontos de gargalos recorrentes no SUS.

## REFERÊNCIAS

1. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate* [Internet]. 2018 [acesso em 2023 Mar 8];42(spe1):244-60. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>
2. Junior OG, Gava GB, Silva MS. Mais Médicos Program, improving SUS and democratizing health: an analytic balance of the program. *Saúde soc.* [internet] 2017; [acesso em 2021 mar. 17] 26(4):872-87. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170224>
3. Nedel FB, Mendonça CS, Calvo MCM. O Programa Mais Médicos e internações evitáveis pela Atenção Primária. *Súmula* [Internet]. 2018 [acesso em 2021 jun 07]. Disponível em: <http://maismedicos.bvsalud.org/o-programa-mais-medicos-e-internacoes-evitaveis-pela-atencao-primaria/>
4. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA, Neto PMS. Family health team expansion and the more doctors program in Brazilian municipalities. *Trab, Educ Saúde.* 2017; [acesso em 2021 jun 07] 15(1):131-45. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00051>
5. Melo AJ Neto, Barreto DS. Programa Médicos pelo Brasil: inovação ou continuidade? *Rev. bras. med. fam. Comunidade* [Internet]. 2019 [acesso em 2023 Mar 15];14(41):2162. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)2162](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)2162)
6. Netto JJM, Rodrigues ARM, Aragão OC, Goyanna NF, Cavalcante AES, Vasconcelos MAS, et al. Contributions of the Mais Médicos (More Doctors) physician recruitment program for health care in Brazil: an integrative review. *Rev Panam Salud Publica.* [internet] 2018; [acesso em 2021 mar. 17] 42(esp2):1-7. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.2>
7. Godoy AS. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Rev. adm. empres.* [Internet]. 1995 [acesso em 2023 fev 12]; 35(3):20-29. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/ZX4cTGrqYfVhr7LvVyDBgdb/?format=pdf&lang=pt>
8. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. 3a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
9. McDonald KM, Schultz E, Albin L, Pineda N, Lonhart J, Sundaram V, et al. *Care Coordination Measures Atlas*. Rockville, Maryland, USA: Agency for Healthcare Research and Quality; 2014. 385 p. Disponível em: [https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/ccm\\_atlas.pdf](https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/ccm_atlas.pdf)
10. Gurgel FF Júnior, Jorge MSB. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: desafios teóricos e práticos na perspectiva de gestores e enfermeiros. *Int. J. Dev. Res.* [Internet]. 2022 [acesso em 2023 Jan 11];12(2): 54134-41. Disponível em: <https://doi.org/10.37118/ijdr.24069.02.2022>
11. Bonfim IM, Gleriano JS. *Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: Versão Profissional 2019* [Internet]. 1a ed. Tangará da Serra: Carlini & Caniato Editorial; 2019 [acesso em 2021 jun 7]. Disponível em: <http://tangara.unemat.br/wp-content/uploads/Ebook-Carteira-de-Servi%C3%A7os-de-Sa%C3%BAde-de-Tangar%C3%A1-da-Serra.pdf>
12. Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, Almeida PF, Sardinha LCV, Vieira MLFP. The Family Health Strategy coverage in Brazil: what reveal the 2013 and 2019 National Health Surveys. *Ciênc Saúde Colet.* [internet] 2021; [acesso em 2021 mar. 17] 26(suppl1):2543-56. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>
13. Nedel FB, Facchini LA, Martín M, Navarro A. Primary Health Care Risk Factors for Hospitalization for Ambulatory Care Sensitive Conditions: Systematic Literature Review. *Epidemiol Serv Saúde.* [internet] 2010; [acesso em 2021 mar. 17] 19(1):61-75. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742010000100008>

14. Gontijo TL, Lima PKM, Guimarães EAA, Oliveira VC, Quites HFO, Belo VS, et al. Computerization of primary health care: the manager as a change agent. *Rev Bras Enferm.* [internet] 2021; [acesso em 2021 agost. 28] 74(2):e20180855. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0855>
15. Chaves MMP, Miranda JL. Sistemas de Informação em Saúde: desafios encontrados durante a operacionalização e compartilhamento de dados. *Rev. Eletrônica Acervo [Internet].* 2023 [acesso em 2023 Mar 9];23(3):e11712. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e11712.2023>
16. Vale TM, Ferreira AR Junior, Costa EB. Sistemas de informação utilizados para planejamento e avaliação em saúde bucal. *Rev. APS [Internet].* 2022 [acesso em 2023 Fev 12];25(1):187 -98. Disponível em: <https://periodicos.ufff.br/index.php/aps/article/view/25812/24830>
17. Gleriano JS, Oliveira TM, Terças-Trettel ACP, Teixeira VM, Galiano C, Fabro GCR. Mapeamento e análise do fluxo de atendimento ao usuário em uma Unidade de Pronto Atendimento. *Enfermagem Brasil.* [internet] 2019; [acesso em 2021 mar. 17] 18(6):784-794. <https://doi.org/10.33233/eb.v18i6.2857>
18. Lima ACMG, Nichiata LYI, Bonfim D. Emergency department visits for ambulatory care sensitive conditions. *Rev Esc Enferm USP.* [internet] 2019; [acesso em 2021 nov. 05] 53:e03414. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017042103414>
19. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Medina MG, Martins CL, Almeida PF, et al. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. *Cad. Saúde Pública [Internet].* 2019 [acesso em 2023 Mar 3];35 (Suppl 2):e00099118. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00099118>
20. Almeida MMM, Almeida PF, Melo EA. Regulação assistencial ou cada um por si? Lições a partir da detecção precoce do câncer de mama em redes regionalizadas do Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface comun. saúde educ.* [Internet]. 2020 [acesso em 2023 Jan 22];24(suppl 1): Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190609>
21. Gleriano JS, Fabro GCR, Tomaz WB, Goulart BF, Chaves LDP. Reflexões sobre a gestão do Sistema Único de Saúde para a coordenação no enfrentamento da COVID-19. *Rev. Esc. Anna. Nery [Internet].* 2020 [acesso em 2023 Jan 22];24(spe):e20200188. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0188>
22. Coelho GC Neto, Chioro A. Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil? *Cad. Saúde Pública [Internet].* 2021 [Acesso em 2023 Jan 22];37(7):e00182119. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00182119>
23. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: supply, access to and use of health services over the last 30 years. *Ciênc saúde colet.* [internet]. 2018; [acesso em 2021 nov. 05] 23(6):1751-62. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>
24. Arruda CAM, Pessoa VM, Carneiro FF, Comes Y, Trindade JS, Silva DD, et al. Perceptions of city health managers about the provision and activity of physicians from the More Doctors Program. *Interface.* [internet] 2017; [acesso em 2021 mar. 17] 21(Suppl1):1269-80. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0235>
25. Santos AM, Almeida PF. Specialized care in health regions: challenges to ensure comprehensive health care in Brazil. *Rev Salud Publica.* [internet] 2018; [acesso em 2021 jan. 28] 20(3):301-7. <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n3.61392>
26. Gadelha CAG. Complexo Econômico-Industrial da Saúde: a base econômica e material do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública [Internet].* 2022 [acesso em 2023 Fev 20];38(Suppl 2):e00263321. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00263321>

27. Ribeiro SP, Cavalcanti MLT. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2020 [acesso em 2023 Mar 10];25(5):1799-1808. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>
28. Cohn A, Gleriano JS. A urgência da reinvenção da Reforma Sanitária Brasileira em defesa do Sistema Único de Saúde. *Rev. direito sanit.* [Internet]. 2021 [acesso em 2023 Mar 12];21:e0012. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.rdisan.2021.159190>
29. Tesser CD, Poli P. Specialized outpatient care in the Unified Health System: how to fill a void. *Ciênc Saúde Colet.* [internet] 2017; [acesso em 2021 mar. 17] 22(3):941-51. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>
30. Antunes FM, Gleriano JS, Dias BM, Moura AA, Gasparini LVL. Informação como apoio para tomada de decisão de gestores públicos de saúde. *Rev. Adm. Saúde* [Internet]. 2021 [acesso em 2023 Mar 17];21(82):e283. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.82.283>
31. Freire MP, Louvison M, Feuerwerker LCM, Chioro A, Bertussi D. Regulation of care in care networks: the importance of new technological arrangements. *Saúde Soc.* [internet] 2020; [acesso em 2021 mar. 17] 29(3):e190682. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190682>
32. Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N, Rodriguez R. Intégration des soins: dimensions et mise em oeuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire em santé,* [internet] 2001; [acesso em 2021 abril 17] 8(2):38-52. Disponível em: <http://cerberus.enap.ca/GETOSS/Publications/Lists/Publications/Attachments/187/Int%C3%A9gration%20des%20soins%20dimensions%20et%20mise%20en%20oeuvre.pdf>
33. Reeves E, Schweighoffer R, Liebig B. An investigation of the challenges to coordination at the interface of primary and specialized palliative care services in Switzerland: A qualitative interview study. *J Interprof Care* [Internet]. 2021 [Acesso em 2023 Jan 20];35(1):21-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1724085>
34. Santos RABG, Uchôa-Figueiredo LR, Lima LC. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. *Saúde debate* [Internet]. 2017 [acesso em 2023 Mar 9];41(114):694-706. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711402>.
35. Sampson KC, Brondani AS, Piber VD, Hausen CF, Silva AO, Trindade AV, Birrer JA. The construction of health care networks in the perspective of the individual therapeutic project: an experience report. *Rev Saúde (Sta. Maria).* [internet] 2020; [acesso em 2021 mar. 17] 46(1):1-9. <https://doi.org/10.5902/2236583440371>
36. Gleriano JS, Fabro GCR, Tomaz WB, Forster AC, Chaves LDP. Family health team work management. *Esc Anna Nery.* [internet] 2021; [acesso em 2021 agost. 17] 25(1):e20200093. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0093>
37. Gleriano JS, Zaiáz PCL, Borges AP, Lucietto GC, Balderrama P, Teixeira VM, et al. Work process: perception of the family health team. *Rev enferm UFPE on line.* 2019;13:e240566. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.240566>
38. Gleriano JS, Fabro GCR, Leal LA, Tomaz WB, Henriques SH, Chaves LDP. Organização do processo de trabalho para atenção integral: potencialidades e desafios. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro.* [internet] 2021: [acesso em 2021 dez. 02] 11/4092. <http://doi.org/10.19175/recom.v11i0.4092>
39. Brasil. Ministério da Saúde. Laboratório de Inovação em Educação na Saúde com ênfase em Educação permanente. Escritório de Qualidade para Organizações de Saúde – EsQualOS [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, (DF), 2018 [acesso 2021 jun. 7]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49177>

Artigo recebido em fevereiro de 2022  
Versão final aprovada em abril de 2023