

Gestão do Cuidado em Saúde na Atenção Primária: uma Análise da Área Descentralizada de Saúde de Crateús/CE

Health care management in primary care: an analysis of the decentralized health area of Crateús/CE

Ana Célia Rodrigues Coelho¹ , Denise Almeida Silva¹ , Carlos Rogério Bomfim Filho¹ , Raimunda Hermelinda Maia Macena² , Thiago Brasileiro de Vasconcelos³ 

1. Escola de Saúde Pública do Ceará, (ESP/CE), Fortaleza, CE, Brasil. 2. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará (PPGSP/UFC), Fortaleza, CE, Brasil. 3. Centro Universitário Uninassau, Fortaleza, CE, Brasil.

Resumo

Objetivo: Analisar no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), as principais estratégias de gestão e políticas de saúde que proporcionem o efetivo cuidado em saúde para a população da Área Descentralizada de Saúde de Crateús/CE. **Métodos:** Este estudo contou com o arranjo metodológico de revisão bibliográfica, a busca documental e a pesquisa de campo sobre os 11 municípios que compõem a Área Descentralizada de Saúde de Crateús, apresentando os resultados e as discussões em dois eixos: Aplicabilidade de Estratégias, Programas e Políticas Públicas de Saúde no Âmbito Regional, e Percepção dos Gestores para Avaliação e Efetivação das Políticas Públicas. **Resultados:** Não foram encontrados estudos originais que respondam à temática da pesquisa; no entanto, podem-se observar similaridades nos programas e nas políticas disponibilizadas nos municípios e importante reconhecimento dos gestores em saúde sobre a valorização do território e dos atributos da APS. **Conclusão:** Apesar da pouca adesão dos participantes e da necessidade de aprimorar o uso dos instrumentos de gestão, este trabalho se mostrou fundamental para o reconhecimento dos serviços de saúde disponíveis na APS e o alinhamento de iniciativas na governança regional.

Palavras-chave: gestão em saúde; regionalização; atenção primária em saúde; políticas públicas em saúde; avaliação em saúde.

Abstract

Objective: Analyze within the scope of Primary Health Care (PHC), the main management strategies and health policies that provide effective health care for the population of the Decentralized Health Area of Crateús/CE. **Methods:** This study had the methodological arrangement of bibliographic review, document search, and field research on the 11 municipalities that make up the Decentralized Health Area of Crateús (CE), presenting the results and discussions in two axes: Applicability of Strategies, Programs and Policies Public Health in the Regional Scope; and Perception of Managers for the Evaluation and Effectiveness of Public Policies. **Results:** No original studies were found that respond to the research theme; however, it is possible to observe similarities in the programs and policies made available in the municipalities and an important recognition by health managers about the valorization of the territory and attributes of PHC. **Conclusion:** Despite the low adherence of the participants and the need to improve the use of management instruments, this work proved to be fundamental for the recognition of the health services available in PHC and the alignment of initiatives in regional governance by promoting the discussion of primary care priority to the development of quality public health.

Keywords: health management; regionalization; primary health care; public health policies; health evaluation.

INTRODUÇÃO

A Saúde Coletiva é múltipla no campo teórico e prático e tem, na interdisciplinaridade, a possibilidade de promover o conhecimento e o olhar ampliado sobre a saúde, fornecendo uma visão completa do indivíduo e integrando-o no contexto biopsicossocial. Diante dos limites do biológico e do social, a Saúde Coletiva compreende a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde¹, seguindo a dimensão que privilegia o impacto das políticas de saúde e a efetiva resposta às necessidades básicas das pessoas².

A área de atuação da Saúde Coletiva envolve, entre outras atribuições, a interrelação na estrutura e operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando a gestão como a atividade e a responsabilidade de formular políticas a partir do diagnóstico da necessidade de saúde, da identificação de prioridades e ações programadas, além de executar função de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria³.

A aplicação das funções gestoras deve considerar a dimensão

Correspondente: Thiago Brasileiro de Vasconcelos. Endereço completo. E-mail: thiagobvasconcelos@hotmail.com

Conflito de interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse

Recebido em: 20 Jul 2024; Revisado em: 23 Ago 2024; 2 Set 2024; Aceito em: 4 Set 2024

individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária, de modo a garantir bem-estar, segurança e autonomia às pessoas em diferentes momentos da vida e, permitindo, adequada reflexão, pesquisa e intervenção na gestão do cuidado em saúde. As dimensões mais amplas envolvem a equipe gestora como foco da dimensão sistêmica para a construção da integralidade do cuidado, por meio de conexões formais entre os diferentes serviços de saúde. Na dimensão societária, o Estado deve garantir a formulação de políticas públicas em geral, ampliando a gestão do cuidado perante o direito à vida e o exercício da cidadania⁴.

O dever do Estado em garantir o direito à saúde⁵ perpassa a macropolítica intersetorial, as políticas públicas e a organização do SUS de acordo com os dispositivos legais para planejamento da saúde, assistência à saúde e a articulação interfederativa. É garantido, ainda, acesso universal às ações e aos serviços de saúde através de Redes de Atenção e Regiões de Saúde com a finalidade de proporcionar ações de forma integrada e equânime⁶.

As Regiões de Saúde são delimitadas em espaço geográfico contínuo e constituídas por municípios limítrofes em semelhança cultural, econômica e social que prevê a articulação em todos os níveis de complexidade do SUS, porém é na Atenção Primária em Saúde (APS) onde ocorrem maior ordenação e coordenação das ações para o funcionamento em Redes de Atenção à Saúde, de forma a compreender as demandas e promover resolutividade para os principais problemas de saúde da população⁶.

A estrutura organizacional da Secretaria de Saúde do Ceará foi reformulada de modo a promover o melhor desenvolvimento regional na efetivação das políticas públicas de saúde. Desta forma, as 5 Superintendências Regionais (Fortaleza, Sobral, Sertão Central, Litoral Leste/Jaguaribe e Cariri) concentram o planejamento executivo em saúde, e as Coordenadorias de Saúde ou Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS) prestam-se ao apoio técnico e ao planejamento integrado aos municípios⁷. A ADS Crateús faz parte da Superintendência de Sobral e é composta por 11 municípios (Ararendá, Crateús, Independência, Iporanga, Ipueiras, Monsenhor Tabosa, Nova Russas, Novo Oriente, Poranga, Quiterianópolis, Tamboril), totalizando 299.786 habitantes⁸.

O campo dinâmico da Saúde Coletiva está constantemente aberto para propostas inovadoras¹ e iniciativas de avaliação da gestão do cuidado que devem assegurar a complexidade e a heterogeneidade dos objetos a serem analisados. A avaliação da situação de saúde exige ultrapassar a perspectiva quantitativa dos resultados e a característica normatizadora dos territórios, valorizando, assim, o lado produtivo da correlação entre a tomada de decisão dos gestores e a realidade da população^{4,2}.

Dessa forma, o objetivo principal deste trabalho é analisar, no âmbito da APS, as principais estratégias de gestão e políticas de saúde que proporcionem o efetivo cuidado em saúde para a população da ADS Crateús, estado do Ceará.

MÉTODOS

Em face das diferentes dimensões a serem consideradas para a formulação de políticas públicas⁴, este estudo reuniu, em sua produção, a abordagem metodológica de revisão bibliográfica, a busca documental e a pesquisa de campo, pois a variação de metodologias contribui para o somatório de análises e a aplicação direcionada na realidade das pessoas⁹.

Para a abordagem de revisão bibliográfica, foi realizada pesquisa nas bases de dados Lilacs, Scielo e Google Acadêmico mediante diferentes combinações e booleanos “e” dos seguintes descritores: Gestão em Saúde, Regionalização, Atenção Primária em Saúde, Políticas Públicas em Saúde e Avaliação em Saúde. Para tanto, os artigos incluídos deveriam ser originais e publicados entre 2015 e 2020, disponíveis em periódicos, no idioma português, por se tratar de pesquisa nacional em âmbito de Região de Saúde, e retratar iniciativas de gestão no âmbito da atenção primária das cidades que compõem a ADS Crateús, Estado do Ceará (Rua Firmino Soares, S/N, Centro, Crateús/CE). Inicialmente, foi analisado o título, ano de publicação e resumo, seguindo para a leitura do artigo na íntegra e considerando elegíveis de acordo com os critérios de inclusão. Foram excluídos todos os artigos que não respeitam a temática em questão, passavam-se em cidades fora do contexto da Região de Saúde determinada e os que possuísem apenas dados quantitativos e epidemiológicos.

A busca documental, para identificação dos programas e estratégias vigentes nos municípios da ADS Crateús, foi realizada através de sites oficiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção Primária em Saúde – SAPS (<https://aps.saude.gov.br/>); Sistema de Nota Técnica do Departamento de Saúde da Família – DESF (<http://sisaps.saude.gov.br/notatecnica/frmListaMunic.php>); Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão – SARGSUS (https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=23&codTpRel=01&SARGSUS_TOKEN=LUD4-7XKK-X8QY-INQ4-RQ84-PY7M-45JZ-MCAO); Fundo Nacional de Saúde – FNS (<https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada>) e Estratégia de Saúde Digital no Brasil – DigiSUS (<https://digus.saude.gov.br/gestor/#/>). Os programas disponíveis e os achados estratégicos municipais estão apresentados na forma de quadro.

Em seguida, iniciou-se a pesquisa de campo (agosto a novembro de 2020), do tipo quanti-qualitativa. Foi realizada após aprovação do estudo pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Saúde Pública (CAAE: 000030530620.3.0000.5037, Número do Parecer: 4.068.909), e compreendeu a aplicação do questionário aos secretários dos 11 municípios que compõem a ADS Crateús (Ararendá, Crateús, Independência, Iporanga, Ipueiras, Monsenhor Tabosa, Nova Russas, Novo Oriente, Poranga, Quiterianópolis, Tamboril). A aplicação do questionário foi realizada na sede da ADS Crateús, e a pauta foi acrescentada ao conteúdo da Câmara Técnica, que conta com a presença de todos os secretários municipais de saúde.

3 Gestão sanitária em atenção primária: análise del área salud descentralizada de Crateús/CE

Caso não fosse possível presencialmente, alguns secretários foram contatados por e-mail. O questionário foi estruturado com perguntas de caráter subjetivo e objetivo, que retratam a formação profissional, o preparo para o cargo de gestão, o conhecimento dos programas disponíveis e a operacionalização deles, bem como as estratégias utilizadas para alcançar resultados efetivos e avaliar o impacto positivo em nível municipal. Para essa análise, os secretários disponibilizaram o Relatório de Gestão Anual mais recente, que contou com a sua participação na elaboração.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a participação nesta pesquisa, a fim de não ferir os preceitos éticos e legais (Resolução CNS 510/2016). O resultado da pesquisa foi organizado na forma de discussão dos eixos temáticos seguintes:

- Enfoque 1 – Aplicabilidade de Estratégias, Programas e Políticas Públicas de Saúde no Âmbito Regional.
- Enfoque 2 – Percepção dos Gestores para Avaliação e Efetivação das Políticas Públicas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Enfoque 1: Aplicabilidade de Estratégias, Programas e Políticas Públicas de Saúde no Âmbito Regional

Nesta pesquisa, os 11 municípios componentes da ADS Crateús (Estado do Ceará) foram campo de estudo e análise sobre as políticas públicas de saúde aplicadas no contexto da APS. No entanto, diante da pesquisa bibliográfica, não há estudos originais publicados que correspondam a esta região de saúde, sendo este trabalho o primeiro a considerar iniciativas de gestão na APS de forma integrada e regionalizada.

A pesquisa científica e a produção de saúde perpassa um importante desafio a ser superado na APS, com a valorização de temáticas prioritárias a serem aplicadas no território¹⁰ e a diversificação de métodos avaliativos que permitam orientar estratégias de transformação e garantia da qualidade em saúde (9). É imprescindível a integração de ações tanto em nível local, onde a apropriação territorial se manifesta por meio da melhoria do acesso, vínculo e planejamento estratégico¹¹, quanto pela cooperação regional, que supera a totalidade dos serviços ofertados e favorece a contextualização das políticas públicas de saúde¹².

A pesquisa em saúde no cotidiano dos serviços da APS deve ser uma construção coletiva entre pesquisadores, gestores, trabalhadores da saúde e usuários, refletindo a socialização de conhecimentos e resultados relevantes para tomada de decisão¹⁰, inclusive na sistematização e avaliação de programas em saúde.

Por meio da busca documental, pode-se apresentar (quadro 1) a organização dos programas e as estratégias vigentes nos municípios estudados.

QUADRO 1. Identificação dos Programas e Estratégias Vigentes nos Municípios da ADS Crateús.

Equipes e Cobertura da Estratégia Saúde da Família
Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB)
Política Nacional de Saúde Bucal
Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ)
Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
Programa de Requalificação de Unidades de Saúde
Programa Telessaúde
Programa Saúde na Escola
Programa Academia da Saúde
Acompanhamento das Condicionalidades do Programa Bolsa Família
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)
Laboratório Regional de Prótese Dentária
Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde – Departamento Saúde da Família. Referência Dezembro de 2019.

A assistência em saúde está, preferencialmente, na APS como forma de fortalecer o SUS e impactar, de modo positivo, todos os níveis de atenção, por meio de ações planejadas e incorporadas à avaliação, intervenção e governança em saúde. Para adequada implantação de programas e estratégias de saúde, é importante ampla responsabilização e cumprimento de metas, dando continuidade às iniciativas em saúde em conjunto com as políticas intersetoriais¹³. Desta forma, observaram-se estratégias em comum na APS de todos os municípios analisados, parâmetros e informações atualizadas por meio dos sistemas de informações que compõem a Política Nacional de Atenção Básica.

De todos os programas apresentados nas notas técnicas, apenas o Consultório de Rua não está presente nos municípios da ADS Crateús, por não serem elegíveis à implantação do programa. Quanto às Equipes de Cobertura da Estratégia Saúde da Família, 82% (n = 9) dos municípios atingiram a cobertura completa, refletindo importante responsabilização para as equipes diante dos atributos da APS e da constante necessidade de ampliação do acesso aos cuidados em saúde¹⁴.

Em contraste, a Política Nacional de Saúde Bucal demonstrou fragilidade e desafios de adequação à atenção primária com apenas 36% (n = 4) municípios com cobertura completa e boa inserção na Política Nacional de Atenção Básica. Os cuidados de nível secundário em Saúde Bucal, que necessitam de referência ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e ao Laboratório Regional de Prótese Dentária, concentram-se em apenas 27% (n = 3) dos municípios que possuem os dois instrumentos. Embora os municípios devessem estar mais bem equipados, o compartilhamento de base assistencial e

4 Gestão sanitária em atenção primária: análise del área salud descentralizada de Crateús/CE

tecnológica reforça a APS na perspectiva de Rede, agrupada regionalmente para necessidades específicas¹⁵ e com a possibilidade de execução municipal em demandas primárias, atenção e prevenção de doenças e promoção da saúde.

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) coloca em evidência o aprimoramento do processo de trabalho mediante os diferentes indicadores de desempenho na saúde e favorece a fundamentação prática e teórica das decisões gestoras¹⁶⁻¹⁷. Na região estudada, a maioria das unidades de saúde (54,5%; n = 6) apresenta desempenho acima da média, porém, em relação à Saúde Bucal (64%; n = 7) e ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF (45%; n = 5), as equipes se encontravam classificadas com desempenho mediano ou pouco abaixo da média, havendo casos de desempenho insatisfatório e desclassificação dentro do cadastramento municipal.

A geração de dados por meio do PMAQ em consonância com os Sistemas de Informações, presentes em todos os municípios analisados, permite estabelecer padrão de qualidade aos demais programas existentes no nível municipal, além de reconhecer e garantir o pluralismo terapêutico, como é o caso da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC¹⁸.

Nesta análise, apenas um município da região possui estabelecimento com oferta de Práticas Integrativas e Complementares (PIC's), porém apenas em serviço de práticas corporais e atividades físicas. Essa informação contrasta com estudos exploratórios sobre a oferta de PIC's no Brasil, onde a região Nordeste figurava como uma das regiões com maior oferta e expansão das PIC's nas unidades de saúde. Mas também colocava que, mesmo após muitos anos da publicação da PNPIC, muitos municípios do país ainda não tinham a política institucionalizada, ou seja, a modificação do modelo de cuidado exige apoio sustentável e efetivo dos gestores, ultrapassando a normatividade das leis e publicação de portarias ministeriais¹⁸.

As ações e os serviços disponibilizados nos municípios necessitam de planejamento e aprimoramento contínuo; no entanto, para tornar a APS mais resolutiva, é importante maior visibilidade nos espaços políticos regionais, como temática prioritária para o cuidado integral em saúde^{15,19}. Silva²⁰ destaca a importância de o cuidado em saúde deixar de ser puramente curativista (modelo biomédico), com técnicas e recursos que visam apenas à resolução de doenças, e tornar-se foco prioritário de programas e serviços públicos que objetivam a prevenção e a promoção da saúde, atendendo às necessidades da população e compreendendo os sujeitos na sua totalidade (modelo biopsicossocial).

Enfoque 2: Percepção dos Gestores para Avaliação e Efetivação das Políticas Públicas

A complexidade da APS não pode ser materializada em apenas um tipo de estudo, sendo importante valorizar o contexto

organizacional e as mudanças que ocorreram em diferentes momentos da atenção primária no Brasil, bem como reunir a visão integrada da qualidade em saúde com a avaliação de programas, tecnologias aplicadas e orientação para iniciativas de transformação da realidade⁹, além de incorporar ferramentas de análise e gestão que ampliem a capacidade de todas as esferas do governo para compreensão da realidade do território, escuta e cooperação por meio da perspectiva de usuários, trabalhadores e gestores em saúde²¹⁻²².

Dos 11 gestores municipais convidados a participar da pesquisa, apenas 45% (n = 5) destes responderam ao questionário. A pouca adesão dos gestores pode ser justificada pelo contexto inesperado da Pandemia de Covid-19 que exigiu o desdobramento de ações para a reorganização dos serviços de saúde, de modo a atender às necessidades sanitárias emergentes nos municípios. No entanto, estudos mostram a implicação de diversos desafios na APS que prejudicam o envolvimento dos gestores como protagonistas nas decisões políticas e relações intergovernamentais. A verticalização no gerenciamento de estratégias, fragmentação de programas e serviços de saúde, financiamento insuficiente, municípios sem estrutura adequada para o cumprimento de metas, carga de trabalho extenuante dos profissionais de saúde e falta de adequada formação para gestão são algumas dificuldades presentes na realidade da APS no Brasil²³⁻²⁴.

Sob influência de diferentes dificultadores, a capacitação técnica e formação de gestores no SUS torna-se fundamental para a organização sistêmica dos serviços de saúde²⁵. Nesta pesquisa, a média de idade dos participantes foi de 40,6 anos, e 40% (n = 2) tinham naturalidade da cidade de atuação. Quanto à escolaridade e à formação acadêmica, 20% (n = 1) tinham nível técnico, 40% (n = 2) graduação e 40% (n = 2) pós-graduação. Uma importante observação diz respeito a 40% (n = 2) dos participantes que não tinham formação acadêmica na área da saúde, sendo os demais formados em técnico de enfermagem e enfermagem.

Embora a formação na área da saúde não seja obrigatória ao exercício da função, vale pontuar que a qualificação direcionada favorece o posicionamento dos gestores à construção de um processo de planejamento bem articulado, equânime e efetivo dentro das relações de trabalho e oferta de serviços à população (26). Outra importante colocação é referente à formação complementar; 60% (n = 3) dos participantes afirmaram ter qualificação para o cargo de gestão, dado este que corrobora estudos em que a capacitação, formação e qualificação dos profissionais da saúde interferem positivamente na produção do cuidado e desempenho satisfatório no cotidiano do trabalho em saúde²⁷⁻²⁸.

O preparo técnico para operacionalização dos Sistemas de Informação em Saúde somada à adequada estrutura física das unidades de saúde, torna o monitoramento e a avaliação processos indispensáveis à tomada de decisão²⁹. Nesta pesquisa, 80% (n = 4) dos participantes afirmaram ter capacitação técnica

5 Gestão sanitária em atenção primária: análise del área salud descentralizada de Crateús/CE

no manuseio dos Sistemas de Informação, dado significativo para a intervenção em saúde e a análise estratégica dos indicadores de saúde e políticas públicas presentes nos municípios³⁰.

No tocante aos programas e às políticas públicas disponíveis na APS dos municípios estudados, apenas um dos participantes não respondeu ao questionamento. Os demais (80%; n = 4) citaram algumas estratégias pontuadas no quadro 1 e, também, iniciativas específicas das Unidades Básicas de Saúde, serviços de apoio diagnóstico, tratamento e reabilitação, além do gerenciamento por meio das centrais de regulação, do apoio psicossocial e da assistência farmacêutica. É esta reflexão sobre os instrumentos presentes no território e os diferentes arranjos político-institucionais que promovem a transversalidade de ações e seu impacto no desenvolvimento de componentes específicos como integração, coordenação e regulação, e na política de regionalização³¹⁻³².

A Política Nacional de Saúde Bucal foi citada por todos os participantes, demonstrando importante reconhecimento profissional e assistencial no território. O programa de imunização e atenção à saúde reprodutiva também foi mencionado com frequência. No tocante à saúde da mulher e da criança, um gestor colocou a Rede Cegonha entre as iniciativas presentes no município, importante indicação ao cuidado em saúde construído mediante Redes de Atenção, que perpassam a esfera local e regional na priorização de demandas específicas¹⁵.

Outros programas visam à integração de diferentes parcelas da população na assistência e no cuidado; assim, também foram citados pelos gestores programas de prevenção às doenças crônicas e transmissíveis, de combate ao tabagismo, tuberculose e hanseníase, controle de arboviroses e da Doença de Chagas, prevenção às neoplasias e saúde do homem. Alguns desses programas assemelham-se às internações por condições sensíveis à APS como indicadores indiretos da qualidade do acesso e desempenho na atenção primária. No entanto, o aumento da cobertura por meio programas e serviços de saúde não repercute diretamente ao aprimoramento do acesso³³, uma vez que a fragmentação e descontinuidade de estratégias em saúde³⁴ podem gerar enfraquecimento do sistema de saúde e, conseqüentemente, impactos sobre a gestão do cuidado.

É importante pontuar que, entre as ações de vigilância epidemiológica e sanitária, foi mencionado o enfrentamento à Pandemia de Covid-19 e as medidas para garantir o olhar ampliado em saúde diante das necessidades sanitárias. Entre outras responsabilidades, o atual contexto exige transparência à gestão em saúde em todos os níveis de atenção e, neste caso, a APS foi prioritária para o desenvolvimento de ações capazes de conter a disseminação do vírus e evitar agravamento da condição de saúde da população.

Ao compreender que a avaliação em saúde é um dos melhores mecanismos para resolução de demandas⁹, os participantes (80%; n = 4) responderam à questão sobre como acontece a avaliação e o monitoramento dos programas e das políticas

públicas nos municípios. Os indicadores de saúde e a reunião mensal com a equipe foram os principais métodos citados, porém não foram esclarecidas as características de avaliação junto à equipe. A gestão participativa, o controle social por meio dos Conselhos Municipais de Saúde e os relatórios de gestão foram mencionados como modelos importantes no acompanhamento das políticas públicas.

A iniciativa do Brasil em incorporar na APS diretrizes de avaliação segura e estruturada, com a seleção de indicadores e a perspectiva do cidadão como foco do sistema³⁴⁻³⁵ está refletido na resposta dos participantes, inclusive ao citarem instrumentos de gestão fundamentais à tomada de decisão. Nos relatórios de gestão, têm-se as seguintes informações: identificação do território com dados demográficos e de morbimortalidade; produção dos serviços no SUS em todos os níveis de atenção; rede física prestadora de serviço; análise de profissionais de saúde; programação anual de saúde; indicadores de pactuação interfederativa; análise e considerações sobre auditorias, execução orçamentária e financeira; e recomendações para gestão no próximo exercício.

Os instrumentos de gestão direcionam o entendimento sobre a efetividade das ações, uma vez que oferecem marcadores que podem ser traduzidos ou correlacionados à realidade das pessoas. Na perspectiva dos gestores, outras características também podem ser consideradas na APS:

“... atender de forma efetiva as necessidades dos usuários em seu território, (...) o que realmente eles precisam para manter sua saúde e bem-estar (...). A facilidade do acesso ao serviço e a qualidade da assistência prestada é essencial neste processo.”
(Participante 2)

Nesta fala, é possível observar que o gestor identifica o acesso aos serviços e a qualidade da assistência como prioritários à efetividade das estratégias e políticas públicas, além de pontuar o território como condutor das necessidades de saúde a serem observadas.

Além do acesso e da qualidade da assistência, outros gestores também pontuam:

“Quando conseguimos garantir a longitudinalidade do cuidado em todos os níveis de assistência, mantendo a atenção primária como ordenadora do cuidado, fazendo assim a gestão racional e responsável dos recursos financeiros, materiais e humanos da assistência em saúde.” (Participante 5)

Apesar de a APS ser um assunto pouco frequente nas reuniões de caráter regional¹⁵, os participantes deste estudo mostraram compreender a atenção primária como central ao processo de cuidado e ordenadora mediante outros níveis de atenção, validando o potencial da APS como qualidade a ser continuamente construída¹⁴ na cooperação solidária

6 Gestão sanitária em atenção primária: análise del área salud descentralizada de Crateús/CE

e aproximação entre gestores, profissionais da saúde e população³⁶.

Outra característica importante pontuada pelos gestores é a inserção da comunidade nos processos decisórios e o nível de satisfação dos profissionais e usuários quanto aos serviços de saúde ofertados. A satisfação dos usuários, bem como dos profissionais, atinge diferentes dimensões no campo da APS e levanta, sobretudo, a assistência humanizada como primordial à qualidade do serviço³⁷⁻³⁹.

O reconhecimento advindo dos próprios profissionais possibilita que se destaquem no funcionamento dos serviços de saúde (39) e apliquem o potencial de análise e autoanálise na produção e utilização do conhecimento. Os desafios políticos e operacionais, bem como a concepção do planejamento regional integrado exigem do gestor diferentes habilidades, mas, principalmente, a capacidade para resolução de entraves políticos nas relações intergovernamentais^{10,24}.

Ao serem questionados sobre o desempenho na gestão municipal, os participantes (100%) afirmaram ter boa atuação – dentro de uma escala que varia entre ruim, regular, bom e ótimo. Apenas um gestor não justificou a resposta, enquanto os demais fundamentaram sua resposta baseando-se nos resultados positivos junto às equipes e aos indicadores de saúde, à autonomia na tomada de decisão e à dedicação exclusiva ao trabalho por meio da realização de múltiplas atribuições. Um dos gestores contextualizou sua resposta com base nos desafios que o município enfrenta, impossibilitando o desenvolvimento de um ótimo serviço.

Apesar da evidente compreensão dos participantes sobre a gestão municipal, não foi possível avaliar o impacto positivo das ações por meio dos relatórios de gestão sob perspectiva de região de saúde. Dos 11 municípios sob análise, 90,9% (n = 10) encontravam-se com o relatório do ano de 2019 não iniciado, em elaboração ou com encaminhamento para o Conselho de Saúde. O único relatório anual de gestão com status de aprovação apontou a descontinuidade dos sistemas de informação como problemática importante ao realizar o registro de dados. Como avanços, foram citados a abertura de unidades de saúde, o enfoque nas ações de vigilância sanitária, a imunização e promoção da saúde. O gestor municipal recomendou para o próximo exercício a conclusão de projetos na APS, a capacitação mensal para profissionais da saúde e a implantação do sistema e-SUS em todas as unidades do município, isto pelo reconhecimento de que as atividades em saúde estão intimamente ligadas à informação, à comunicação, ao conhecimento e à tecnologia.

A provisão do cuidado em saúde requer a análise do território como objeto central à produção de saúde e ao planejamento das

respostas setoriais, intersetoriais e de governança regional (40). Todos os instrumentos de gestão podem ser compreendidos e interpretados por meio da lógica de planejamento integrado; no entanto, os relatórios de gestão promovem, em conjunto com os Planos de Saúde, o arcabouço necessário à documentação das ações gestoras, aos avanços e desafios diante do território e programações futuras à continuidade dos trabalhos⁴¹, além de contribuírem com o compartilhamento de experiências que podem fortalecer não só a região, mas todo o SUS.

Esta pesquisa reuniu elementos importantes à construção da análise do cuidado em saúde, estando disponível a todos os gestores da ADS Crateús e aos demais interessados, como contribuição no campo da pesquisa e remodelamento de iniciativas gerenciais na APS.

CONCLUSÃO

Este estudo buscou superar a perspectiva apenas quantitativa dos resultados, reunindo o arranjo metodológico de revisão bibliográfica, a busca documental e a pesquisa de campo, a fim de promover o somatório de análise que contemplasse a gestão do cuidado em saúde na complexidade da APS.

Apesar da ausência de estudos originais nesta região de saúde, da pouca adesão dos gestores municipais e da quantidade mínima de relatórios para análise, este trabalho se mostrou de grande valor, uma vez que se propõe a reconhecer a organização territorial como meio efetivo ao compartilhamento de experiências e fortalecimento das ações e dos serviços de saúde disponibilizados na APS dos municípios, como também a importância de inserir a APS como assunto prioritário na governança regional do SUS.

Ao identificar similaridades entre os municípios, tanto do aporte de programas e estratégias disponíveis quanto na percepção dos gestores sobre o trabalho em saúde, pode-se pontuar que as políticas públicas exibem melhor resultado quando estão integradas ao desenho regional. No entanto, diante dos desafios observados, recomenda-se que os gestores municipais apliquem mais iniciativas que demonstrem a pluralidade do SUS, adequando e melhorando o cuidado em saúde conforme a necessidade da população, além de aperfeiçoarem, continuamente, a análise dos indicadores de saúde e a atualização dos instrumentos de gestão que são indispensáveis à transparência das ações e da construção de uma saúde pública de qualidade.

Ao priorizar os municípios em região de saúde, sugere-se que mais estudos sejam aplicados para análise aprofundada e transversal dos diversos dispositivos e atributos da APS e, ainda, sob a perspectiva comparativa não só entre municípios, mas também entre regiões de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Osório A, Schraiber LB. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saúde Soc.* 2015 Apr-Jun; 24(1): 205-218. doi:10.1590/S0104-12902015S01018.
2. Campos GW, Minayo MC, Akerman M, DRUMOND M Júnior, Carvalho YM. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006.
3. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 248 pp. Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: https://livroaberto.ibict.br/bitstream/1/903/1/para_entender_gestao_sus.pdf.
4. Cecílio LC. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interfase*. 2011 Jun; 15(37): 589-99. doi:10.1590/S1414-32832011000200021.
5. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal: Secretaria Especial de Informática; 2013.
6. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). *A Gestão do SUS*. Brasília: CONASS; 2015.
7. Secretaria de Saúde (CE). *Gestão em Saúde*. Secretaria de Saúde implementa nova estrutura organizacional [Internet]. Fortaleza: SESA; 2019 [acesso 2021 Fev 25]. Disponível em: saude.ce.gov.br/2019/12/05/secretaria-da-saude-implementa-nova-estrutura-organizacional/.
8. SESA. Coordenadorias Regionais de Saúde. 2018. Disponível em << https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2020/03/lista_sr_ads_20220203-1.pdf>>. Acesso em 15 de set 2019. Publicação: jul 2018.
9. Ribeiro L A, Scatena JH. A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. *Saúde Soc.* 2019 Abr-Jun; 28(2): 95-110. doi:10.1590/S0104-12902019180884.
10. Morais JB, Jorge MS, Bezerra IC, Paula ML, Brilhante AP. Avaliação das pesquisas nos cenários de atenção primária à saúde: produção, disseminação e utilização dos resultados. *Saúde Soc.* 2018 Jul-Set; 27(3): 783-93. doi:10.1590/S0104-12902018180211.
11. Martins AC, Paula AP, Cardoso JR, Borges MI, Botelho MB. O projeto AcolheSUS na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. *Ciênc saúde colet.* 2019 Jun; 24(6): 2095-2103. doi:10.1590/1413-81232018246.08492019.
12. Menicucci T, Marques AM. Cooperação e coordenação na implantação de políticas públicas: o caso da saúde. *Dados rev ciênc sociais*, 59(3): 823-65, 2016. doi:10.1590/00115258201693.
13. KROTH, D. C.; GUIMARÃES, R. R. M. Pacto pela Saúde: efeito do tempo na eficácia da gestão municipal. *Rev Adm Pública*. 2019 Nov-Dez; 53(6): 1138-1160. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220180440>.
14. Facchini L A, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde debate*. 2018 Set; 42(spe1): 208-223. doi:10.1590/0103-11042018S114.
15. Almeida PF, Santos AM, Santos VP, Silveira RM Filho. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saúde soc.* 2016 Abr-Jun; 25(2): 320-55. doi:10.1590/S0104-12902016153295.
16. Bezerra MM, Medeiros KR. Limites do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): em foco, a gestão do trabalho e a educação na saúde. *Saúde debate*. 2018 Out; 42(spe 2): 188-202. doi:10.1590/0103-11042018S213.
17. Medeiros GA, Nickel DA, Calvo MC. Construindo um modelo para avaliar o uso do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Epidemiol Serv Saúde*. 2019; 28(3). doi:10.5123/S1679-49742019000300006.
18. Barbosa FS, Guimarães MB, Santos CR, Bezerra AF, Tesser CD, Sousa IM. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2020; 36(1): 1-13. doi:10.1590/0102-311X00208818.
19. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MC, Medina MG, Martins CL, Almeida P F, et al. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. *Cad Saúde Pública*. 2019; 35(Suppl 2): 1-16. doi:10.1590/0102-311X00099118.
20. Silva FA. O processo de formação profissional para a atenção básica em saúde: uma revisão integrativa [dissertação]. São Paul (SP): Universidade de São Paulo; 2020. doi:10.11606/D.6.2020.tde-08122020-122803.
21. Guizard FL, Passeri L, Lemos ASP, Machado FRS. Estudo de caso sobre o apoio institucional na gestão federal da Atenção Básica no Brasil. *Saúde debate*. 2019 Jul-Sep; 43(122): 685-99. doi:10.1590/0103-1104201912203.
22. Machado FR, Guizard FL, Lemos AS. A burocracia cordial: a implantação da estratégia de apoio institucional na política nacional de atenção básica em saúde. *Trab. educ. saúde*. 2019; 17(3): 1-26. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00221>.
23. Pires DE, Vandresen L, Forte EC, Machado RR, Melo TA. Gestão na atenção primária: implicações nas cargas de trabalho de gestores. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2019; 40: 1-13, 2019. doi:10.1590/1983-1447.2019.20180216.
24. Teston LM, Mendes A, Carnut L, Louvison MC. Desafios políticos e operacionais na percepção de gestores sobre a regionalização em saúde no Acre. *Saúde debate*. 2019 Abr-Jun; 43(121): 314-28. doi:10.1590/0103-1104201912102.
25. Moura DC, Pinto JR, Aragão AE. Perfil dos profissionais atuantes na gestão em saúde frente ao novo modelo de reorganização do SUS: a regionalização. *Tempus*. 2016 Maio; 10(1): 75-93. doi: 10.18569/tempus.v10i1.1577.
26. Medeiros CR, Saldanha OM, Grave MT, Koetz LC, Dhein G, Castro LC, et al. Planejamento regional integrado: a governança em região de pequenos municípios. *Saúde soc.* 2017 Jan-Mar; 26(1): 129-40. doi:10.1590/S0104-12902017162817.
27. Cubas MR, Faoro NT, Moisés ST, Carvalho DR. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: validação de instrumentos para análise de desempenho dos serviços. *Saúde debate*. 2017 Abr-Jun; 41(113): 471-85. doi:10.1590/0103-1104201711310.
28. Menezes EL, Scherer MD, Verdi MI, Pires DP. Modos de produzir cuidado e a universalidade do acesso na atenção primária à saúde. *Saúde soc.* 2017 Out-Dez; 26(4): 888-903. doi:10.1590/S0104-12902017170497.
29. Cavalcanti PC, Oliveira AV Neto, Sousa MF. Quais são os desafios para qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? *Saúde debate*. 2015 Abr-Jun; 39(105): 323-36, 2015. doi:10.1590/0103-110420151050002323.
30. Sousa EC, Guimarães JM, Silva MR. Estudos de avaliabilidade de políticas e programas de saúde no Brasil: revisão integrativa. *SANARE*. 2018 Mar; 16(2): 85-92. doi: <https://doi.org/10.36925/sanare.v16i2.1182>.
31. Viana AL, Bousquat A, Ferreira MP, Cutrim MA, Uchimura LY, Fusaro ER, et al. Região e Redes: abordagem multidimensional e multinível para análise do processo de regionalização da saúde no Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2017 Out; 17(1): 17-26. doi:10.1590/1806-9304201700s100002.
32. Viana AL, Iozzi FL. Enfrentamento das desigualdades na saúde: impasses e dilemas no processo de regionalização no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(Suppl 2): 1-12. doi:10.1590/0102-311X00022519.
33. Alves JW, Cavalcanti CG, Alves RS, Costa PC. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado do Ceará, 2010-2014. *Saúde debate*. 2018 Dez; 42(spe 4): 223-35. doi:10.1590/0103-11042018S418.
34. Sella PE, Pedebos LA, Harzhein E, Medeiros OL, Ramos LG, Martins C, et

8 Gestão sanitária em atenção primária: análise del área salud descentralizada de Crateús/CE

- al. Monitoramento e avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em nível nacional: novos desafios. *Ciênc saúde coletiva*. 2020 Mar; 25(4): 1401-11. doi:10.1590/1413-81232020254.36942019.
35. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União [Internet]*. 2019 Nov 13 [acesso 2021 Ago 10]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>.
36. Fonseca LE, Figueiredo MC, Porto CS. Gestão da atenção primária: desafio para a cooperação internacional em saúde. *Ciênc saúde colet*. 2017 Jul; 22(7): 2287-94. doi:10.1590/1413-81232017227.06232017.
37. Arruda CA, Bosi ML. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. *Interface*. 2017 Abr-Jun; 21(61): 321-32. doi:10.1590/1807-57622015.0479.
38. Protasio AP, Gomes LB, Machado LS, Valença AM. Satisfação do usuário da atenção básica em saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. *Ciênc saúde colet*. 2017 Jun; 22(6):1829-44. doi:10.1590/1413-81232017226.26472015.
39. Soratto J, Pires DE, Scherer MD, Witt RR, Ceretta LB, Farias JM. Satisfação dos profissionais da estratégia saúde da família no Brasil: um estudo qualitativo. *Texto contexto enferm*. 2020; 29(e20180104). doi:10.1590/1980-265x-tce-2018-0104.
40. Ribeiro PT. Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde na República Federativa do Brasil. *Saúde soc*. 2015 Abr-Jun; 24(2): 403-12. doi:10.1590/S0104-12902015000200001.
41. Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa. Coordenação Geral de Fortalecimento da Gestão Instrumentos de Planejamento do SUS – CGFIP. *Boletim Informativo: Situação dos Instrumentos de Planejamento*, n. 08, dezembro de 2020.

Como citar este artigo/ How to cite this article:

Coelho AC, Silva DA, Bomfim CR Filho, Macena RH, Vasconcelos TB. Gestão do Cuidado em Saúde na Atenção Primária: uma Análise da Área Descentralizada de Saúde de Crateús/CE. *J Health Biol Sci*. 2024; 12(1):1-8.