

ANÁLISE DA EFICIÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo analisar a eficiência da Atenção Primária à Saúde, avaliando as experiências de municípios brasileiros do estado de Minas Gerais no que se refere à sua eficiência na promoção da saúde. Os municípios foram selecionados entre os dez *benchmark* e *anti-benchmark* obtidos por meio de um primeiro do cálculo da eficiência através da Análise Envoltória de Dados. A entrevista em profundidade foi a técnica utilizada para captar a percepção dos profissionais dos municípios analisados. Em cada município, foram entrevistados 3 profissionais da Atenção Primária à Saúde. As respostas foram analisadas pela abordagem de análise de conteúdo e divididas em categorias, definidas a partir da literatura na área da administração pública e de gestão da saúde. Entre os principais resultados, observou-se que as dificuldades apontadas em comum nos municípios analisados se referem à falta de recursos ou sua limitação, bem como às condições educacionais da população e sua baixa participação e conhecimento sobre a Estratégia Saúde da Família. Conclui-se que há grande necessidade de trabalhos intersetoriais que apoiem ações de promoção da saúde já existentes, bem como novas estratégias que podem elevar o nível de conhecimento da população, dos profissionais e também dos gestores como forma de se melhorar o desempenho da promoção da saúde dos municípios.

Palavras-chave: Eficiência técnica; Atenção Primária à Saúde; Profissionais de saúde.

ANALYSIS OF THE EFFICIENCY IN PRIMARY HEALTH CARE FROM THE PERSPECTIVE OF PROFESSIONALS IN THE AREA

ABSTRACT

This study aimed to analyze the efficiency of primary health care, evaluating the experiences in cities in the state of Minas Gerais as regards their effectiveness in health promotion. The cities were selected among the ten benchmark and anti-benchmark ones obtained by a first calculation of efficiency by data envelopment analysis. In-depth interviewing was the technique used to capture the perception of professionals of the municipalities analyzed. In each municipality, three professionals of Primary Health Care were interviewed. The answers were analyzed by content analysis approach and divided into categories defined by the literature in the field of public administration and health management. Among the main results, it was observed that the difficulties highlighted in common in the analyzed cities refer to lack of resources or its limitation as well as the educational status of the population and their low participation and knowledge of Health Strategy. We conclude that there is great need for cross-section work to support promotional activities of existing health and new strategies that can raise people's knowledge level of professionals and managers as a way to improve the performance of health promotion in cities and new strategies that can increase people's knowledge level of professionals as well as managers to improve the performance of health promotion in cities.

Key words; Technical efficiency; Primary Health Care; Health professionals

Kerla Fabiana Dias Cabral¹
Rodrigo Siqueira Batista²
Marco Aurélio Marques Ferreira³
Fábio Ribeiro Cerqueira⁴

¹ Mestre em Administração pela Universidade Federal de Viçosa - UFV, Viçosa (Brasil). Professora na Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, Viçosa - UFV, Viçosa (Brasil). E-mail: kerlacabral@hotmail.com

² Doutor em Ciências pela Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, Rio de Janeiro (Brasil). Professor Associado ao Departamento de Medicina pela Universidade Federal de Viçosa - UFV, Viçosa (Brasil). E-mail: rsiqueirabatista@yahoo.com.br

³ Doutor em Economia pela Universidade Federal de Viçosa - UFV, Viçosa (Brasil). Professor Associado ao departamento de Administração e Contabilidade pela Universidade Federal de Viçosa - UFV, Viçosa (Brasil). E-mail: marcoufv1@gmail.com

⁴ Doutor em Informática Biomédica pela University for Health Sciences, Medical Informatics and Technology - UMIT, Hall in Tyrol (Austria). Professor Adjunto ao Departamento de Informática. Universidade Federal de Viçosa - UFV, Viçosa (Brasil). E-mail: fcerqueira@gmail.com

INTRODUÇÃO

A saúde é considerada um direito de todos e dever do Estado desde a Constituição de 1988. A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), muitas mudanças ocorreram na relação entre o Estado e a saúde pública.

A partir dessa mudança, as políticas de saúde passaram a considerar dimensões mais amplas, e o ser humano passou a ser entendido em sua singularidade, considerando que diversos fatores podem afetar sua saúde, como os sociais, econômicos, ambientais, culturais, étnicos e raciais, psicológicos e comportamentais (Cotta, 2013).

A fim de buscar alternativas para a melhoria da saúde em uma concepção ampliada, foram utilizadas alternativas já implantadas com sucesso em promover a mesma em outros países, como o Programa Agentes Comunitários e a Estratégia Saúde da Família.

Como forma de apoiar esses programas e ampliar sua capacidade de resolutividade, foram criados no país os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que têm como objetivos apoiar as equipes de saúde da família na efetivação da rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária à Saúde (APS) (Nascimento & Oliveira, 2010).

Observando os fatores determinantes e condicionantes da saúde, percebe-se que as estratégias da APS para a promoção da saúde são passos importantes para a melhoria da saúde pública e, assim, da qualidade de vida da população.

No entanto, sabe-se que a APS sozinha não é capaz de sanar todos os problemas que de algum modo interferem na saúde da população. Dessa forma, cabe investigar quais são os fatores que interferem na eficiência da APS, a fim de que eles possam ser gerenciados em prol de uma saúde pública universal, equânime e resolutiva.

Para isso, este estudo optou por utilizar uma abordagem qualitativa, utilizando a entrevista em profundidade. Essa escolha derivou da necessidade de se explorar os pontos de vista dos atores sociais inseridos no contexto de investigação, para se compreender questões que não podem ser conhecidas através apenas de estudos quantitativos.

Pesquisas qualitativas já vêm sendo utilizadas por pesquisadores que avaliam o desempenho da APS através da percepção dos usuários, profissionais e gestores. Como exemplos tem-se Ibanês *et al.* (2006), Gomes, Cotta, Araújo, Cherchiglia e Martins (2011) e Souza *et al.* (2008).

As políticas de saúde devem ser formuladas por diversos atores, como os gestores, profissionais e usuários, devendo ser por eles avaliados (Cotta, 2013). Assim, a avaliação da APS foi feita sob a ótica dos profissionais de saúde, que trabalham diretamente com as políticas da área desse nível de atenção e recebem o retorno da população sobre o trabalho realizado, bem como conseguem observar como os fatores externos à APS afetam a saúde da população. A avaliação sob a visão dos profissionais de

saúde torna-se uma prática relevante para solucionar questões que muitas vezes, em uma análise puramente quantitativa, não seria possível resolver.

Assim, questiona-se: na ótica dos profissionais de saúde, quais fatores gerenciáveis são cruciais para o alcance da eficiência na promoção da saúde?

Este trabalho traz como diferencial a busca por respostas referentes ao problema da eficiência sob uma vertente abrangente, analisando os fatores que estão dentro do processo de gestão da APS, e também os fatores exógenos à APS que de alguma forma podem ser gerenciados pela saúde ou pelo setor por eles responsável.

Este artigo está estruturado em cinco tópicos além da introdução. No referencial teórico apresenta-se o Sistema de saúde brasileiro: breve histórico; Atenção Primária à Saúde no Brasil: Principais Estratégias; e Eficiência técnica na saúde pública. Na metodologia é apresentado o Percurso metodológico; Análise de conteúdo; Categoria de análise. Nos resultados tem-se Acesso; Integralidade do cuidado; Descentralização das ações do sistema de saúde. O estudo é finalizado com as Considerações Finais e Referencial Bibliográfico utilizado.

REFERENCIAL TEÓRICO

Sistema de saúde brasileiro: breve histórico

Na década de 1980, o País viveu seu período de redemocratização e, junto a ele, o movimento sanitário. Nesse contexto, deu-se a discussão da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que resultou na proposta da integração das ações de saúde e indicou a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Brasileira de 1988, disciplinado pela Lei n. 8.080 (Barroso, 2007).

Assim, estabeleceu-se no País um sistema de saúde dinâmico e complexo baseado nos princípios da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, tendo como objetivo prover uma atenção abrangente e universal, preventiva e curativa, por meio da gestão e prestação descentralizadas de serviços de saúde, visando à participação da comunidade em todos os níveis de governo (Paim, Travassos, Almeida, Bahia, & Macinko, 2011).

Neste estudo foi empregado o seguinte conceito de política de saúde:

Entende-se como política de saúde a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Política de saúde abrange questões relativas ao poder em saúde (Politics), bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (Policy) (Paine Teixeira, 2006, p. 74).

A partir dessa definição, é possível verificar a complexidade envolvida na política de saúde e na

implantação do SUS, que deve oferecer serviços de saúde que atendam à demanda de toda a população, além de trabalhar com os Determinantes Sociais da Saúde (DSSs), que “correspondem [...] a uma rede complexa de fatores que se inter-relacionam e condicionam o processo saúde-doença na especificidade do indivíduo e na abrangência do modo de vida coletivo” (Sant’Anna, Cezar-Vaz, Cardoso, Erdmann, & Soares, 2010, p. 93).

Ainda de acordo com esses autores, os DSSs compreendem fatores relacionados à idade, sexo e fatores hereditários, bem como estilos, condições de vida e trabalho e as condições socioeconômicas, culturais e ambientais de forma geral.

A descentralização do sistema de saúde foi a lógica utilizada na implementação do SUS como forma de se viabilizar o alcance dos demais princípios do sistema, sendo eles a universalidade, integralidade, equidade e participação social. Para isso, foram necessárias legislações complementares, novas regras e reforma administrativa em todos os níveis do governo (Fadel, Schneider, Moimaz, & Saliba, 2009).

Normas Operacionais Básicas (NOB) e posteriormente Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) foram aprovadas pelo Ministério da Saúde, destinadas a redefinir responsabilidades, e estabeleceram mecanismos de repasse financeiro, como o Piso da Atenção Básica (PAB), e novos conselhos representativos e comitês de gestão em todos os níveis de governo (Paim & Teixeira, 2006).

Desde 2006, essas normas foram substituídas pelo Pacto pela Saúde (PS), que representa mudanças operacionais de forma a efetivar acordos nas três esferas de gestão do SUS, tendo como objetivos inovar processos e instrumentos de gestão, redefinir as responsabilidades coletivas por resultados sanitários, pautando-se pelas necessidades da população, e promover a qualidade social e sanitária à população (Pereira, Fortuna, Mishima, Almeida, & Matumoto, 2009).

Os municípios incluídos no PS têm seus recursos repassados fundo a fundo, definido como modalidade preferencial de transferência de recursos. O uso dos recursos federais para o custeio fica restrito a cada bloco, atendendo às especificidades neles previstas, conforme regulamentação específica (Albuquerque & Bosi, 2009).

Atenção Primária à Saúde no Brasil: Principais Estratégias

O vocábulo Atenção Primária à Saúde foi utilizado pela primeira vez como forma de organização dos sistemas de saúde no Relatório Dawson, em 1920. Esse importante documento do governo inglês buscou contrapor-se ao modelo flexneriano americano voltado ao modelo curativo, fomentado no reducionismo biológico e na atenção individual.

De acordo com a obra seminal de Dawson (1964), a atenção primária deve oferecer serviços à comunidade, tendo centros de saúde primária próximos a ela tanto no

ambiente urbano quanto no rural. A APS deve focar os serviços comunitários de saúde, como desenvolvimento de ações em termos do pré-natal, cuidados com a saúde da criança, consultas preventivas, educação em saúde, exames para diagnóstico de doenças epidêmicas, entre outros. Assim, nota-se que, mesmo passado quase um século, a APS continua tendo os mesmos princípios básicos, que ainda hoje são desafios para a saúde pública na maioria dos países.

No Brasil, entre as tentativas de melhorar a saúde pública no nível da APS, focando a prevenção e promoção de saúde, destacam-se o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O PACS é um modelo que tem sido seguido pelo Ministério da Saúde, atuante em vários níveis governamentais. Estados e municípios têm obtido resultados que o transformam em um dos esforços mais eficientes de saúde no mundo. A partir da implementação do PACS, observou-se declínio importante nos índices de mortalidade infantil, ampliação nos níveis de imunização e uma interferência profissional mais rápida, quando necessária (Poz, 2002).

O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) não é novo nem restrito ao Brasil; ele possui várias denominações em diferentes países, mas com basicamente as mesmas características e funções. Uma definição aceita internacionalmente diz respeito ao trabalho de pesquisa de um grupo de estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS), que define os ACSs como membros das comunidades onde trabalham selecionados por elas, onde devem ser responsáveis perante as comunidades pelas atividades em saúde necessárias àquela localidade (Lehmann & Sanders, 2007).

No Brasil, o PACS foi criado em 1991 através do convênio entre a Fundação Nacional de Saúde e as Secretarias de Estado da Saúde, com uma equipe constituída na proporção de um enfermeiro coordenador para 30 agentes comunitários de saúde, em uma Unidade Básica de Saúde. A implantação ocorreu primeiramente na região Norte, impactando de forma significativa diante da epidemia de cólera que ocorria, comparando os indicadores com as regiões não cobertas (Martinez & Chaves, 2007).

Entre as atribuições básicas dos ACSs, tem-se a função de mapear sua área de atuação, cadastrar as famílias; identificar indivíduos e famílias sujeitos a situações de risco; orientar as famílias sobre uso adequado dos serviços de saúde; acompanhar mensalmente as famílias em sua responsabilidade e informar os demais membros da equipe sobre a situação destas; realizar ações de educação e vigilância à saúde; promover educação e a mobilização comunitária (Araújo & Assunção, 2004).

Os ACSs devem possuir como habilidade a capacidade de identificar condições que constituem risco para a população, tanto físico quanto social, possuir conhecimento acerca das doenças mais comuns para cada faixa etária em sua microárea de atuação (Guimarães *et al.*, 2013).

O PACS, para alcançar essas contribuições, trabalha inserido dentro da atenção primária que contempla a ESF, que tem entre suas atribuições a promoção da saúde das comunidades nas quais o agente está inserido (Zanchett *et al.*, 2009).

A Estratégia Saúde da Família teve início após as experiências positivas do PACS, sendo idealizada em 1994. É vista como modelo inovador baseado em uma nova ética social e cultural, consolidando a ideia de promoção da saúde no aspecto da qualidade de vida da população (Muniz *et al.*, 2005).

A ESF trabalha com visitas domiciliares como mecanismo de interação no cuidado à saúde, sendo uma ferramenta de intervenção essencial empregada pelas equipes de saúde como forma de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população.

A importância da visita domiciliar evidencia-se pelo fato de ela dispor de condições favoráveis a mudanças, confrontando o modelo centrado na doença, no qual há predominância da pouca interação dos profissionais com os usuários (Albuquerque & Bosi, 2009).

Assim, a ESF possui uma ampla demanda de intervenções. Para que se possa obter efeito positivo sobre a saúde e a qualidade de vida da população, é necessária a utilização de saberes não apenas específicos da saúde, mas também de outros campos de conhecimento, como cultura, assistência social, gestão, esporte e lazer, a fim de que a APS possa ser mais eficaz e resolutive.

Dessa forma, com o objetivo de apoiar a ESF, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (Brasil, 2010).

A criação dos NASF se constitui em um elemento importante para a consolidação da Estratégia Saúde da Família e, principalmente, para o desenvolvimento do modelo de trabalho de equipes multiprofissionais. Nos NASF, as diretrizes da integralidade, qualidade, equidade e participação social devem ser concretizadas em ações coletivas focadas no desenvolvimento humano e na promoção da saúde (Nascimento & Oliveira, 2010).

Observa-se, dessa forma, o empenho do Ministério da Saúde em reforçar as bases da atenção primária, utilizando como fundamento programas que já foram implantados em outros países e obtiveram resultados

positivos, como o programa de agentes comunitários de saúde, bem como a implantação de estratégias que visam a promoção da saúde, na qual o conceito de saúde é tratado na sua forma ampliada, abrangendo as condições sociais, psicológicas, culturais e econômicas dos indivíduos e da comunidade.

Eficiência técnica na saúde pública

Os sistemas de saúde, de modo geral, são extremamente complexos, pois precisam atender a diferentes demandas de saúde da população; para isso, necessitam de recursos específicos, passando pela infraestrutura, profissionais especializados, equipamentos, medicamentos, entre uma série de insumos e outros materiais básicos, cada qual com custos diferenciados.

Essa é uma questão também a ser considerada no estudo da eficiência em saúde, tendo em vista que os recursos são finitos e a demanda por acesso de qualidade é crescente. Assim, encontrar formas eficientes de gerir os recursos disponíveis é importante para o desempenho de todo o sistema de saúde.

Diversos autores discutem a saúde pública em diferentes âmbitos, como Bennett *et al.* (2013) e Flanigan (2014), que investigam os mecanismos pelos quais a política influencia as políticas públicas de saúde e a forma como isso afeta a saúde da população. Eles abordam a maneira como as políticas públicas devem ser efetivadas para o alcance da promoção e analisam a importância da avaliação das políticas de saúde para o alcance de mudanças necessárias ao atingimento da eficiência em saúde.

Nesse sentido, para compreender melhor a lógica das políticas públicas tanto de saúde como de outras áreas, Frey (2000) afirma que o agir público pode ser dividido em fases parciais, e todas as propostas de divisões do ciclo político estão presentes nas fases da formulação, da implementação e do controle dos impactos das políticas. Neste estudo será focado especificamente o processo de avaliação.

A avaliação do programa ou política pode focar alguns pontos, de acordo com Cunha (2006), como visualizado no Quadro 1.

Pontos	Características
Produto	É o resultado concreto das atividades desenvolvidas pelo programa, podendo ser tanto bens quanto serviços.
Impacto	É o resultado do programa que pode ser atribuído exclusivamente às suas ações, após a eliminação dos efeitos externos. É o resultado líquido do programa.
Eficácia	É a relação entre alcance de metas e tempo ou, em outras palavras, é o grau em que se alcançam os objetivos e metas do programa, em um determinado período de tempo, sem considerar os custos implicados.
Eficiência	É a relação entre custo e benefício, em que se busca a minimização do custo total para uma quantidade de produto, ou a maximização do produto para um gasto total previamente fixado.
Efeito	É o que decorre da influência do programa. O objetivo está localizado temporalmente antes do início do programa.

Quadro 1 – Características a serem exploradas na avaliação de programas e políticas públicas

Fonte: Adaptado de CUNHA, 2006, p. 8.

Importante destacar que este trabalho teve como foco a avaliação da eficiência. Entretanto, considerando-se que eficiência é uma palavra polissêmica, foi utilizada como base para subsidiar o desenvolvimento deste estudo a definição de Ferreira (2005), que conceitua eficiência como:

[...] eficiência é, em geral, a capacidade ou até mesmo a habilidade, de se fazer uso mais adequado do que se tem à disposição a fim de alcançar um resultado pretendido. Nessa vertente, a eficiência pode ser considerada uma medida da capacidade que agentes ou mecanismos têm de melhor para atingir seus objetivos, de produzir o efeito deles esperado, em função dos recursos disponíveis (FERREIRA, 2005, p. 13).

Geralmente, vários fatores relacionados determinam a eficiência de uma unidade produtiva; as unidades produtivas são representadas pelos municípios; assim, a medida da eficiência passa a ser uma relação ponderada dos outputs (resultados obtidos) e dos inputs (recursos utilizados).

Assim neste estudo os municípios considerados eficientes podem ser usados como referência para que os demais municípios considerados ineficientes possam estabelecer suas metas, a fim de otimizar seu desempenho. Essa comparação entre as unidades produtivas pode ser realizada pela divisão dos pontos obtidos por cada unidade individualmente pelo maior valor alcançado para o conjunto em análise, ou seja, pelo conjunto de municípios analisados. Multiplicando esse resultado por 100, têm-se os percentuais de cada unidade de produção, denominados de eficiência técnica ou relativa.

A eficiência é separada basicamente em dois componentes: eficiência técnica, que reflete a habilidade de uma unidade em obter máximo produto, dado um conjunto de insumos; e eficiência alocativa, que reflete a habilidade da unidade em utilizar os insumos em proporções ótimas, dados seus preços relativos (Lopes & Toyoshima, 2008).

Contudo, o interesse deste estudo repousa sobre a eficiência técnica, visto que busca analisar a habilidade dos municípios em gerar o máximo de serviços de saúde dado um conjunto de recursos. Ademais, a eficiência técnica é condição necessária para que se possa alcançar a eficiência econômica.

A eficiência da Atenção Primária à Saúde tem efeitos positivos no próprio nível de atenção, assim como impactos positivos sobre outros níveis, como os serviços de média e alta complexidade. Para Ibanês *et al.* (2006), o desempenho da APS se reflete nas internações por condições sensíveis a esse nível de atenção; dessa forma, a eficiência na APS pode reduzir as internações hospitalares, bem como o uso de procedimentos terapêuticos mais sofisticados, que são mais caros, elevando os custos para o sistema de saúde.

Os estudos de Rosa e Labate (2005) colocam que APS consegue solucionar de 80% a 85% dos problemas de saúde da população. Todavia, esses autores ressaltam que, para que esse nível de resolução ocorra, a Atenção Primária à Saúde precisa ser eficiente.

METODOLOGIA

Percurso metodológico

O estudo foi realizado em quatro municípios de Minas Gerais, sendo dois municípios *benchmark* para outros municípios e dois *benchmark* negativos. A amostra de municípios foi realizada após a criação do índice de eficiência no qual os municípios foram estratificados em grupos de eficiência, a partir do qual foram separados por conglomerados regionais; esses dados foram retirados da dissertação de mestrado de Cabral (2015).

Assim, foram selecionadas amostras de municípios eficientes e ineficientes dentro de cada mesorregião, e a partir desse ponto foram selecionadas de forma intencional, pela facilidade de acesso aos profissionais de saúde, as mesorregiões da Zona da Mata e do Campo das Vertentes.

Para o alcance do escore de eficiência foi utilizada Análise Envoltória de Dados (DEA).

De acordo com Meza *et al.* (2003), o objetivo de DEA incide em comparar um determinado número de Unidades Tomadoras de Decisão (DMUs) que realizam tarefas similares e diferem nas quantidades de *inputs* que consomem e de *outputs* que produzem. Existem dois modelos de DEA clássicos: o CCR (Charnes, Cooper e Rhodes), que considera retornos de escala constantes; e o modelo BCC (Banker, Charnes e Cooper), que pondera retornos variáveis de escala e não assume proporcionalidade entre *inputs* (entradas) e *outputs* (saídas).

No estudo, optou-se por utilizar o modelo de retornos de escala constantes – CCR, que considera que qualquer variação nos insumos leva a uma variação proporcional nos produtos. Nesse modelo a eficiência é obtida através da razão entre a soma ponderada dos *outputs* e a soma ponderada dos *inputs*. Ele também pode ser utilizado para maximização de *outputs*; assim, é o modelo que melhor se encaixa na perspectiva deste estudo.

Em suma a DEA demonstra quais municípios obtiveram melhores resultados com menores recursos, ou seja, compara os municípios de acordo com seus recursos disponíveis utilizados e seus resultados obtidos. Dessa forma, para essa análise neste estudo utilizaram-se as seguintes variáveis:

Inputs: recurso APS *per capita*; número de ACS *per capita* por município, número *per capita* de unidades básicas de saúde instaladas por município e número *per capita* de equipes Estratégia Saúde da Família implantadas por município.

Outputs: percentual de gestantes maiores de 20 anos por município, nascidos vivos cujas mães realizaram sete

ou mais consultas pré-natais, média de cobertura vacinal, proporção de internações hospitalares por condições não sensíveis à atenção ambulatorial da população de 1 a 5 anos e proporção de internações hospitalares por condições não sensíveis à atenção ambulatorial da população de 60 anos ou mais.

As variáveis utilizadas (*inputs e outputs*) no estudo foram selecionadas a partir da leitura sobre indicadores na área de saúde coletiva, utilizando como base o trabalho de Alfradique (2009), além da análise dos principais

indicadores de saúde da atenção primária disponíveis no DATASUS. Os dados foram coletados por meio eletrônico em sites oficiais do Ministério da Saúde: CNES, DATASUS, Fundo Nacional de Saúde e IMRS.

Os municípios foram classificados em eficiente e ineficiente, de acordo com o escore de eficiência técnica, que varia entre 0 e 1, encontrando-se 1 para eficiência e 0 para a ineficiência. No quadro apresenta-se a classificação dos municípios.

Critério	Escore	Classificação	Grupo	Frequência
Inferior ou igual à Média menos 2 Desvios Padrão	$E \leq 0,9$	Baixo	1	0
Superior à Média menos 2 Desvios Padrão e inferior ou igual à média menos 1 desvio padrão	$0,9 > E \leq 0,25$	Médio-Baixo	2	105
Superior à Média menos 1 Desvio Padrão e inferior ou igual à média mais 1 desvio padrão	$0,25 > E \leq 0,59$	Médio	3	552
Superior à média mais 1 desvio padrão e inferior ou igual à média mais 2 desvios padrão	$0,59 > E \leq 0,75$	Médio-Alto	4	85
Superior à média mais 2 desvios padrão	$\geq 0,75$	Alto	5	39

Quadro 2 – Classificação de desempenho dos municípios, conforme escore de eficiência da abordagem DEA retornos constantes

Fonte: Cabral (2015).

Os municípios foram classificados em 5 grupos, sendo considerados, para fins da pesquisa, eficientes municípios que apresentaram escore de eficiência maior a 0,59. O grupo que apresentou resultados maiores ou iguais a 0,75 foi elencado como os municípios *benchmark*, uma vez que apresentou os valores mais próximos a 1. O grupo que apresentou valores menores ou iguais a 0,59 foi considerado ineficiente. Foram considerados *benchmark* negativos municípios com escore menor ou igual a 0,25, por se apresentarem mais próximos a 0.

Os municípios foram escolhidos através de estratificação, assim foram selecionados por mesorregião os 10 municípios mais eficientes e os 10 menos eficientes; dentre estes foram selecionados 4 municípios, sendo estes: Pedra do Anta e Juiz de Fora, na mesorregião da Zona da Mata de Minas Gerais; e Ressaquinha e São João Del Rei, na mesorregião do Campo das Vertentes.

O método de coleta de dados utilizado foi o de entrevista em profundidade, que, de acordo com Oliveira, Martins e Vasconcelos (2012), é bastante útil para estudos que tratam de conceitos, percepções ou visões para ampliar conceitos sobre a situação analisada.

Na entrevista em profundidade, um ponto importante para se alcançar qualidade nas informações, a partir das quais será possível estabelecer a análise e chegar à compreensão mais profunda do problema delineado, está na definição de critérios para a seleção dos sujeitos que vão compor o campo de investigação.

Dessa forma, os indivíduos entrevistados foram selecionados devido ao seu grau de representatividade no objeto de estudo.

O tipo de entrevista individual escolhida foi a semipadronizada, em que, segundo Oliveira, Martins e Vasconcelos (2012):

O entrevistado possui uma reserva complexa de conhecimento sobre o tópico em estudo – “teoria subjetiva”, o qual possui suposições explícitas e imediatas que podem ser expressas pelo entrevistado de forma espontânea ao responder uma pergunta aberta, sendo estas complementadas por suposições implícitas, através do confronto com o entrevistador, com o objetivo de revelar um conhecimento existente e expressá-lo na forma de respostas, tornando-o acessível à interpretação (Oliveira, Martins, & Vasconcelos, 2012, p. 7).

Dessa forma a entrevista inicia-se com a apresentação do objetivo da pesquisa, seguido da introdução de tópicos que de acordo com a literatura podem afetar a eficiência técnica das unidades de saúde, como infraestrutura, pessoal, recursos financeiros, treinamentos, apoio intersetorial, condições sociais da população atendida, acesso da população, complexidade dos casos que chegam à unidade do entrevistado. Os tópicos são introduzidos de acordo com o andamento da entrevista e a relação de confiança estabelecida entre entrevistador e entrevistado.

Foram entrevistados quatro coordenadores de APS, quatro enfermeiros coordenadores de ESF e quatro agentes comunitários de saúde, somando-se assim doze profissionais entrevistados.

Analisar a APS do ponto de vista dos profissionais de saúde é um fator importante para as pesquisas da área, considerando a experiência vivencial dos autores sociais como outro olhar do pesquisador sobre o programa estudado, o que pode valorizar e clarificar o estudo (Uchimura & Bosi, 2002).

Análise de conteúdo

A análise de conteúdo foi utilizada neste estudo para o aprofundamento investigativo de abordagem qualitativa, interpretando o que a mensagem diz a partir do seu contexto, com a finalidade de interpretar a fala dos entrevistados (Laville & Dionne, 1999). Essa técnica

consiste em uma análise das informações que possibilitam a compreensão do contexto.

A análise de conteúdo é usada para identificar, nos discursos, as ações, as escolhas e as decisões dos sujeitos. Ela vem sendo utilizada em trabalhos na área da saúde, como os estudos de Celino, Costa, França e Araújo (2013), Gomes, *et al.* (2011), Machado, Monteiro, Queiroz, Vieira e Barroso (2007) e Muniz *et al.* (2005).

Dessa maneira, a análise categorial permite o levantamento dos possíveis elementos que afetam os principais programas e estratégias da APS.

A análise de conteúdo é usada para interpretar as falas dos coordenadores de APS, bem como dos enfermeiros coordenadores de ESF, e dos ACSs, que apontaram sob sua perspectiva as características do município, no que se refere tanto à gestão da saúde quanto a outros fatores que nela interferem. Para melhor entendimento, no Quadro 3 encontram-se as siglas e sua definição.

Siglas	Significado	A4	Município Anti-benchmarking (Mesorregião 2)
B1	Município Benchmarking (Mesorregião 1)	C	Coordenador de atenção primária à saúde
A2	Município Anti-benchmarking (Mesorregião 1)	E	Enfermeiro coordenador de ESF
B3	Município Benchmarking (Mesorregião 2)	A	Agente Comunitário de Saúde

Quadro 3 – Siglas utilizadas para representação dos municípios e profissionais

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Dessa forma, julga-se possível conhecer não apenas a realidade da saúde de cada município selecionado como de alto ou baixo desempenho, como se pode conhecer a realidade de cada unidade de saúde, alcançando o objetivo de identificar fatores internos e externos que dificultam ou facilitam o desempenho da ESF em promover a saúde e levá-la assim a ter bons indicadores.

Categoria de análise

Para avaliar os resultados da atenção primária, é necessário ter a compreensão de que a APS possui princípios provindos do próprio SUS, os quais norteiam suas ações e fazem com que certas atividades sejam ou não realizadas em todos os municípios brasileiros, a fim de alcançar uma saúde pública de qualidade.

Juntamente com os princípios que norteiam as ações da APS, devem-se considerar os determinantes sociais da saúde, com destaque neste estudo para os fatores que em algum nível podem ser gerenciados, como as condições de vida e trabalho (escolaridade, ambiente de trabalho, fonte de renda, saneamento básico, cultura, habitação e serviços sociais e de saúde) e as condições socioeconômicas, culturais e ambientais de modo geral.

Observando esse contexto, optou-se, como estratégia de pesquisa para este estudo, seguir o modelo

misto da Análise Conteúdo, são identificadas categorias de análise antes da ida a campo, não havendo necessidade, no transcorrer do trabalho, de ficar restrito apenas a essas escolhas, sendo possível criar novas categorias de análise ou modificá-las a partir do que for identificado (Laville & Dionne, 1999).

Em relação à categorização dentro da análise de conteúdo, os autores supracitados destacam que a finalidade é agrupar os elementos de acordo com sua significação; assim, é necessário que estes possuam sentido em relação ao material analisado e aos objetivos da pesquisa.

É importante salientar que as subcategorias de análise representam pontos-chave identificados e analisados dentro das categorias identificadas, a fim de concretizar as análises propostas.

Dessa forma, a partir dos princípios do SUS estabelecidos pela Constituição Federal de 1988, da Lei 8.080 de 1990, que regula o sistema de saúde, e dispo de as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, considerando também determinantes sociais da saúde, dos objetivos estabelecidos para esta pesquisa e da literatura sobre APS, identificadas três categorias de análise: Acesso, Integralidade e Descentralização.

Essas categorias, que se mantiveram após análise dos dados coletados, e estão no quadro 4.

Categorias de análise	Objetivos	Subcategorias de análise
Acesso	Identificar e compreender os fatores que auxiliam ou dificultam o acesso da população aos serviços de saúde no nível da atenção primária, considerando que o acesso é parte fundamental para atingimento dos princípios de universalização e equidade de atendimento.	Infraestrutura
		Tecnologias leves
Integralidade	Verificar como ocorre o processo de atendimento dos usuários pela atenção primária em todas as suas necessidades de saúde, buscando compreender como a gestão busca alcançar o atendimento integral, verificando as dificuldades encontradas, bem como os fatores que auxiliam nesse processo.	Referência e Contrarreferência
		Prática sanitária
		Fatores externos
Descentralização	Compreender como o processo de descentralização interfere na gestão das estratégias da atenção primária e, assim, em sua eficiência.	Financiamento
		Responsabilidade da gestão

Quadro 4 – Categorias de análise

Fonte: Elaborado pela autora, com base na Lei 8.080/90.

Nesse contexto, as falas dos participantes foram interpretadas de modo a contribuir, encaixando-se nas categorias formadas, com base nas principais características dos princípios da APS.

Importante destacar que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, com data da Relatoria em 8 de julho de 2014; com número do parecer: 713.586.

RESULTADOS

Após a análise das entrevistas em cada categoria predefinida, foi possível identificar os fatores que contribuem de forma positiva ou negativa para eficiência da APS na visão dos profissionais de saúde, bem como diferenciar aspectos encontrados em *benchmarks* e *anti-benchmarks*, de modo que sirva de exemplo para outros gestores de saúde. Fazendo uma análise de cada categoria, tem-se:

Acesso

Na dimensão social, o acesso é considerado como a categoria essencial, livre das justificativas que possam ser dadas para a sua não efetivação (Hortale, Pedroza & Rosa, 2000). Dessa forma, entende-se que o acesso deve funcionar no modelo como uma categoria-valor, ou seja, uma referência a ser alcançada em todo serviço, e ser o norteador das políticas, incluindo as políticas de saúde.

Assim, entende-se a importância do acesso, o que leva a se considerar que todos os fatores que justificariam a sua não efetivação devem ser estudados com cuidado, de modo que proporcione aos gestores condições de oferecer acesso a toda a população, uma vez que a APS é considerada a porta de entrada da população aos cuidados de saúde, unidade de saúde deve ser de fácil acesso e disponível, pois, se não for, a procura será adiada, o que pode afetar negativamente o diagnóstico, tratamento e acompanhamento do problema (Starfield, 2002).

Percebe-se que a questão da localização geográfica é uma preocupação para os coordenadores da APS dos municípios *benchmarking*, como visto na fala do coordenador 1: “É uma cidade com as características topográficas muito acidentadas, né, então algumas regiões nós estamos estudando ainda a questão da adequação desse local, né” (C.1).

Os coordenadores dos *benchmarking* têm uma visão mais concisa de que as unidades de saúde devem estar em pontos estratégicos, próximas dos usuários, e não centralizadas em apenas uma região. Há também preocupação com a expansão das unidades de saúde, tendo em vista que a cobertura de saúde da família dos *benchmarking* não é completa, sendo o resto da demanda atendido por meio dos postos de saúde tradicionais.

Nos *benchmarking* negativos o problema para os coordenadores e outros profissionais não está na localização das unidades já instaladas, apesar de serem unidades centralizadas, e sim no número reduzido de unidades e na dificuldade de encontrar pontos que seriam estratégicos para o acesso da população, uma vez que dois municípios *benchmarking* negativos têm a maioria dos seus usuários residindo em regiões de zona rural. Na concepção dos profissionais, é difícil o deslocamento da população até a unidade, bem como é difícil instalar, em alguns casos, unidades próximas da população, tendo em vista que esta se encontra dispersa em uma grande área territorial.

A fala da agente comunitária de saúde reflete essa questão: “... a gente vai até na casa, né, porque é muito longe, eu trabalho na zona rural, tenho que andar 2 a 3 horas para fazer uma, duas visitas” (A.3).

O acesso como a possibilidade da consecução do cuidado, de acordo com as necessidades da população, está ligado à resolutividade e extrapola a dimensão geográfica, envolvendo aspectos de caráter econômico, cultural e funcional de oferta de serviços (Souza, Vilar, Rocha, Costa Uchoa, & de Medeiros Rocha, 2008).

Assim, foram apontados pelos entrevistados como fatores facilitadores do acesso e da resolutividade os

agendamentos de consulta, as visitas domiciliares, a busca ativa, o acolhimento e a presença de um profissional-chave que realize todas essas ações, sendo este o agente comunitário de saúde; como dificultador, tem-se a falta de profissionais.

Nos municípios *benchmarking*, os agendamentos foram apontados como uma forma de possibilitar o acesso, não permitindo que os usuários que buscam o atendimento voltem sem uma resposta para sua demanda, bem como de incentivar usuários a fazer consultas preventivas e de acompanhamento. Como pode ser visto na fala da enfermeira de um unidade de ESF: “Agora o fator que vem facilitando e que a gente tá tentando implementar é os agendamentos de consulta” (E.1).

Outro ponto considerado positivo foi a visita domiciliar. A ESF utiliza a visita domiciliar como forma de instrumentalizar os profissionais para sua inserção e conhecimento da realidade de vida da população, bem como o estabelecimento de vínculos com ela, visando atender às diferentes necessidades de saúde das pessoas e possibilitar o acesso da comunidade ao serviço de saúde (Giacomozzi & Lacerda, 2006).

O agente comunitário de saúde é colocado como ator-chave para o acesso da população aos serviços de APS, bem como é tido como o olho da unidade, verificando em suas visitas as intercorrências e as levando até a equipe. Entretanto, devido à sua importância, o fator capacitação tem preocupado os coordenadores e enfermeiros das unidades de saúde.

A importância dos agentes pode ser vista pelas falas dos profissionais, como a do coordenador: “Os agentes de saúde são realmente a chave numa estratégia de saúde da família, eles que visitam, eles que trazem as queixas, eles que levam as respostas, então eles é que mais facilitam o acesso da população aos cuidados da atenção primária”. E através da própria percepção do agente sobre seu papel: “O agente é o olho da unidade, nós que trazemos as informações de tudo que está acontecendo na comunidade para a equipe” (A.2).

Em relação à busca ativa, percebe-se que alguns profissionais a veem com percepções centradas na unicausalidade do processo saúde-doença e com caráter paternalista de assistência, ou seja, buscando os pacientes ausentes.

A coordenadora da APS aborda essa questão: “Essa busca ativa é uma parte que, se a gente pudesse contar com a população, seria muito mais fácil,... os ACSs, além das suas atividades,... têm que contar com essa busca ativa de quem não tá comparecendo” (C.3).

Os profissionais também observaram que a busca ativa nem sempre surte o efeito desejado, porém percebem que sem ela a situação estaria pior, como observado pelo enfermeiro 2: “É o foco principal da equipe da saúde da família é... são as visitas. O tratamento, a busca ativa... Então, é muito valioso as visitas, essas buscas” (E.2).

É necessário, no entanto, ver a prática da busca ativa como um processo de criação de responsabilização e estabelecimento de um vínculo terapêutico entre o

profissional e o paciente resistente; dessa forma, a busca ativa contribui para o acesso daqueles que, em muitos casos, são os que mais precisam (Gomes, Cotta, Araújo, Cherchiglia, & Martins, 2011).

Um ponto observado pelos profissionais, referente ao que facilita o acesso da população, diz respeito ao acolhimento oferecido, o qual, na visão deles, tem sido um aspecto bem trabalhado pelas equipes.

No contexto atual das práticas de saúde pública, é fundamental que sejam potencializadas experiências positivas, a exemplo da proposta de acolhimento, como diretriz operacional dos serviços de saúde. Assim, entende-se que o acolhimento se integra às discussões sobre o acesso e a integralidade de ações (Souza *et al.*, 2008).

O acolhimento foi apontado pelos entrevistados – em especial, pelos agentes de saúde – como uma ação que facilita o acesso da população aos cuidados de saúde em todos os municípios, conforme observado pelo agente de saúde 1: “O que facilita o acesso da população é, assim como se diz, o acolhimento que a gente tem aqui, né” (A1).

Essa percepção é reforçada pela fala da enfermeira 1: “A gente faz uma triagem, sabe, todos que vêm aqui não voltam sem serem atendidos... Ninguém sai daqui sem uma solução” (E.1).

A prática do acolhimento facilita o acesso e a manutenção dos usuários nas unidades de saúde nas quais são cadastrados. A falta de atendimento adequado faz com que muitas pessoas deixem de procurar atendimento médico, bem como não compareçam às palestras e atividades daquela unidade, buscando muitas vezes atendimento em outros locais, até mesmo nos hospitais, o que diminui a efetividade da atenção primária.

Integralidade do cuidado

A integralidade envolve a prestação de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da comunidade, aliada à responsabilização pela oferta de serviços em diferentes pontos de atenção à saúde e ao reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças (Gomes *et al.*, 2011).

Os pontos que mais se destacaram nessa categoria dizem respeito a contrarreferência, prática sanitária e fatores externos à APS.

Durante as entrevistas, os profissionais colocaram que entendem que uma série de fatores estão envolvidos na integralidade da assistência à saúde. Na visão deles, alguns destes ultrapassam os limites da resolução da APS, mas dizem saber que esses fatores estão ligados à atenção de saúde e, por isso, devem de alguma maneira ser trabalhados.

Foi percebida a falta de contrarreferência estruturada em todos os municípios. Apesar de todos eles possuírem pelo menos um NASF, sempre há falta de algum profissional necessário ao município. Mesmo assim, os profissionais apontaram isso como um importante apoio para a ESF, como observado pela coordenadora 3: “Temos

um NASF..., porque é um plano muito bom de apoio, principalmente porque você consegue trazer os profissionais que a gente já não tem na rede... então ajuda muito” (C.3).

Um fator dificultador, apontado apenas nos municípios *benchmarking* negativos, se refere a questões de interferência política na APS. Segundo os coordenadores, alguns políticos se beneficiam de seus cargos para fazer a vontade da população e não para sanar suas reais necessidades. Dessa forma, acabam dificultando o desempenho da APS.

A questão é colocada pelo coordenador 1: “Aqui o usuário quer alguma coisa, vai no político, que leva a pessoa para consultar em outro município, essas coisas, pula todo nosso procedimento. Fica difícil acompanhar a saúde dessas pessoas” (C.1).

Essa questão é um problema difícil de ser superado pela APS, pois é necessário consciência da população e vontade política para mudar esse quadro.

Outro ponto se refere no foco no médico. Verifica-se nos municípios *benchmarking* a preocupação em se mudar o paradigma da saúde para que a APS tenha melhor desempenho e a população, uma boa qualidade de vida: “A APS, ela é vista ainda na lógica antiga..., onde a necessidade era pelos cuidados primários eram da conta das condições agudas..., mas nós mudamos, nós envelhecemos, nós temos outras condições de saúde” (C.1).

Esse é um fator importante para a eficiência da APS. Uma vez que a população não adere às ações dela, não é possível alcançar bons indicadores de saúde, o que se reflete em mortes prematuras, agravos de doenças, disseminação de doenças endêmicas, entre tantos outros problemas.

Um problema muito presente nos municípios *benchmarking* negativos, que pode estar relacionado à resistência e dificuldade da população em se integrar ao novo modelo de saúde, diz respeito à população com baixa escolaridade. Trata-se de um situação grave, que tem trazido sérios problemas à saúde tanto dos adultos quanto das crianças, conforme posto pelo coordenador 2: “... na zona rural então é o que mais apela... refeição, parasitose... a gente tem muito caso de crianças ainda com um pouquinho de anemia, e por esse motivo, os pais não serem alfabetizados...” (C.2).

Assim, verifica-se a necessidade de articulação entre as secretarias de saúde e de educação para a alfabetização de jovens e adultos, como forma de melhorar as condições de vida e de saúde da população.

A avaliação dos resultados em saúde é o enfoque de pesquisa mais difícil de executar, pois encontra-se grande dificuldade de medir simultaneamente a influência dos aspectos socioeconômicos intervenientes no processo saúde-doença. Por esse motivo, é usualmente utilizado o enfoque da análise no processo e da qualidade da atenção, medidos através da avaliação das atividades desenvolvidas pela equipe de saúde (Starfield, 2002).

Apesar da dificuldade, é imprescindível incluir esses fatores nas discussões de saúde, a fim de que a saúde

pública tenha subsídios para fazer as mudanças que se mostram mais urgentes e necessárias, tendo em vista que as equipes de saúde há muito já sentem o quanto os fatores determinantes da saúde têm impactado de forma incisiva a saúde, a sobrevida e mortalidade da população, assim como a percepção dos profissionais sobre como a falta de escolaridade da população tem afetado sua saúde.

Assim, analisar os resultados da APS na percepção dos profissionais contribui para encontrar respostas para essas questões, uma vez eles estão dentro das comunidades e, assim, muito próximos da realidade.

O entendimento dos profissionais de saúde de que os determinantes sociais da saúde não devem ser isolados da APS é importante, visto que é através da concepção de seus profissionais que os processos de saúde são realizados. O coordenador 1 demonstra em sua fala a importância dessa integração: “Todos esses determinantes sociais ou as causas externas... a APS tem que tá atenta a isso e a partir disso tanto planejar, programar suas ações, suas intervenções, então tá no corpo normativo, a APS se constitui nessas premissas né...” (C.1).

Descentralização das ações do sistema de saúde

O processo de descentralização, iniciado em 1988, trazido pela Constituição Federal, buscava maior adequação no atendimento das necessidades das populações locais e uma melhora na eficiência alocativa dos recursos, além de visar os benefícios de uma burocracia descentralizada, na qual o gestor é responsável por seus atos, o que levaria a uma *accountability* mais direta e uma melhora no desempenho (Peixoto *et al.*, 2012).

Essa concepção sobre a descentralização pode ser observada pelas falas dos entrevistados, ao apontarem a diminuição da participação do Estado na contrapartida financeira: “O Estado, ele não banca tudo, aqui hoje o município hoje tá gastando quase trinta por cento dos recursos com saúde...” (C.2).

Outro ponto que, do ponto de vista dos profissionais, dificulta o melhor desempenho da APS diz respeito à falta de custeio, como observado na fala do coordenador 1: “... a questão do repasse do recurso... seja ele federal... majoritariamente federal que é o recurso (PAB)... e o recurso estadual não financia né, a integralidade das despesas, dos custeios...” (C.1).

Outra questão levantada é a falta de capacitação para gestores e profissionais de saúde que trabalham na coordenação da APS, que se mistura à falta de informação, que chega com falhas a esses profissionais, como colocado na fala do coordenador 2: “... mas eu acho que falta mais é apoio técnico e instrução, como conseguir, onde que eu vou, onde que a prefeita vai... o secretário vai” (C.2).

A fala do entrevistado aponta para um problema que necessita ser sanado para que a eficiência na APS seja alcançada, uma vez que, para que a descentralização seja positiva, deve-se consolidar a capacidade de cada ente para executar novas funções e interagir com funções realizadas pelas demais esferas de governo, mantendo equilíbrio entre

autonomia e interdependência (Spedo, Tanaka, & Pinto, 2009).

Com o aumento da responsabilidade dos gestores, deve vir junto sua capacitação para gerir os novos processos e, assim, conseguir atender às novas exigências estipuladas pela saúde pública, como pode ser observado na fala dos profissionais tanto dos municípios *benchmarking* positivos quanto dos negativos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os principais problemas encontrados através da ótica dos profissionais nos municípios *benchmarking* negativos foram a condição socioeconômica da população, a dispersão da população por uma grande área territorial, o grande índice de analfabetismo, a falta de participação popular, a falta de informação por parte da coordenação e da gestão sobre programas e incentivos, falta de recursos para custeio, falta de equipe técnica para apoio à gestão.

Foram encontrados nesses municípios, também como fatores positivos, a cobertura completa da população, a busca por ações integradas, o conhecimento dos problemas da comunidade e o planejamento das ações de forma que consigam atender à população que se encontra distante.

Nos municípios eficientes foi encontrada uma equipe técnica de apoio à gestão e à coordenação de saúde, diferentemente dos municípios ineficientes, que têm as funções de gerência da APS centralizadas na figura do gestor de saúde ou do coordenador da APS.

Assim, a partir das análises realizadas, pode-se concluir que a maioria dos problemas foi diagnosticada nos municípios ineficientes, apontando as falhas da gestão, bem como problemas referentes à descentralização, que delegou maior responsabilidade para cada gestor, mas não efetivou medidas para que eles fossem capazes de gerir com eficiência os recursos colocados sob sua responsabilidade.

Cabe destacar que os problemas identificados neste estudo apontam para a necessidade de ações de vontade política para a melhoria da gestão em saúde, bem como o aumento da atenção para políticas interdisciplinares, que visem a promoção e prevenção em saúde. A APS sozinha enfrenta desafios para melhorar a saúde e a qualidade de vida da população, existindo uma desigualdade de oportunidade para profissionais e usuários, uma vez que em cada município existem condições de atendimento mais ou menos eficientes. Esse quadro também nos remete as questões econômicas que podem ser foco de estudos posteriores.

A limitação deste estudo está no fato de entrevistas serem de caráter subjetivo, dessa forma as respostas aqui apresentadas não são generalizáveis.

REFERÊNCIAS

Albuquerque, A. B., & Bosi, M. L. M. (2009). Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 25(5), 1103-12.

Alfradique, M. E., Bonolo, P. D. F., Dourado, I., Costa, M. F. L., Macinko, J., Mendonça, C. S., & Turci, M. A. (2009). Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (*Projeto ICSAP – Brasil*).

Araújo, M. R. N., & Assunção, R. S. (2004). A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. *Rev. Bras. Enferm.*, 57(1), 19-25.

Barroso, R. F. F. (2007). A Universidade e as políticas públicas de saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, 16(3), 371-372.

Brasil. (2010). Ministério da Saúde. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica.

Bennett, S., Paina, L., Ssengooba, F., Waswa, D., & M'Imunya, J. M. (2013). The impact of Fogarty International Center research training programs on public health policy and program development in Kenya and Uganda. *BMC Public Health*, 13(1), 1.

Celino, S. D. D. M., Costa, G. M. C., França, I. S. X. D., & Araújo, E. C. D. (2013). Programa Pesquisa para o SUS: a contribuição para gestão e serviços de saúde na Paraíba, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 18(1), 203-212.

CONASEMS. Ministério da Saúde. (2009). *Reflexões aos novos gestores municipais de saúde*. Brasília: CONASEMS, Recuperado em 5 de maio 2014: de http://www.conasems.org.br/files/reflexoes_novos_gestores.pdf

Cotta, R. M. M. (2013). *Políticas de saúde: desenhos, modelos e paradigmas*. Editora UFV.

Cunha, C. G. S. D. (2006). Avaliação de Políticas Públicas e Programas Governamentais: tendências recentes e experiências no Brasil. *Secretaria de Coordenação e Planejamento/RS*.

Dawson, B. (1964). Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920: informe provisional presentado al Ministerio de Salud de la Gran Bretaña en 1920 por el Consejo Consultivo de Servicios Médicos y Afines. In *OPS Publicación Científica* (No. 93). Organización Panamericana de la Salud.

- Fadel, C. B., Schneider, L., Moimaz, S. A. S., & Saliba, N. A. (2009). Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. *Rev. Adm. Pública*, 43(2), 445-56.
- Ferreira, M. A. M. (2005). Eficiência técnica e de escala de cooperativas e sociedades de capital na indústria de laticínios do Brasil. *Viçosa, MG: UFV*.
- Flanigan, J. (2014). The perils of public health regulation. *Society*, 51(3), 229-236.
- Frey, K. (2009). Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*, (21).
- Giacomozi, C. M., & Lacerda, M. R. (2006). A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto Contexto Enferm.*, 15(4), 645-53.
- Gomes, O., K., Cotta, R. M. M., Araújo, R. M. A., Cherchiglia, M. L., & Martins, T. D. C. P. (2011). Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1), 881-892.
- Guimarães, F. T., Vitorino, R. R., Cezar, P. H. N., de Castro, J. F., Cotta, R. M. M., Costa, J. R. B., & Siqueira-Batista, R. (2013). Educação, saúde e ambiente: as concepções dos agentes comunitários de saúde. *Ensino, Saúde e Ambiente*, 6(1).
- Hortale, V. A., Pedroza, M., & Rosa, M. L. G. (2000). Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde Operationalizing the categories accessand decentralization in health systems analysis. *Cad. Saúde Pública*, 16(1), 231-239.
- Ibañez, N., Rocha, J. S. Y., Castro, P. D., Ribeiro, M. C. S. A., Forster, A. C., Novaes, M. H., & Viana, A. L. D. A. (2006). Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 11(3), 683-703.
- Laville, C., & Dionne, J. (1999). A Construção do Saber. Tradução: Heloísa Monteiro e Francisco Settineri.
- Lehmann, U., & Sanders, D. (2007). Community health workers: what do we know about them. *The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers*. Geneva: World Health Organization, 1-42.
- Lopes, L. S., & Toyoshima, S. H. (2008). Eficiência técnica municipal na gestão dos gastos com saúde e educação em Minas Gerais: seus impactos e determinantes. *Seminário sobre a Economia Mineira*, 13, 1-24.
- Machado, M. F. A. S., Monteiro, E. M. L. M., Queiroz, D. T., Vieira, N. F. C., & Barroso, M. G. T. (2007). Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 12(2), 335-42.
- Martines, W. R. V., & Chaves, E. C. (2007). Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(3), 426-433.
- Meza, L. A., Biondi Neto, L., Soares de Mello, J. C. C. B., Gomes, E. G., & Coelho, P. H. (2003). SIAD – Sistema Integrado de Apoio à Decisão: uma implementação computacional de modelos de análise de envoltória de dados. *Simpósio de Pesquisa Operacional da Marinha*, 6, 2003.
- Muniz, J. N., Palha, P. F., Monroe, A. A., Gonzales, R. C., Ruffino Netto, A., & Villa, T. C. S. (2005). A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 10(2), 315-321.
- Nascimento, D. D. G. D., & Oliveira, M. A. D. C. (2010). Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*, 34(1), 92-96.
- Rosa, W. D. A. G., & Labate, R. C. (2005). Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(6), 1027-1034.
- Oliveira, V. M. D., Martins, M. D. F., & Vasconcelos, A. C. (2012). Entrevistas “Em Profundidade” na pesquisa qualitativa em administração: Pistas teóricas e metodológicas. *Simpósio de Administração da Produção, Logística e Operações Internacionais – SIMPOI*, 15, 1-12.
- Paim, J. S., & Teixeira, C. F. (2006). Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev. Saúde Pública*, 40 (Esp).
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2012). Saúde no Brasil 1 O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, 6736(11), 60054-8.
- Peixoto, S. D. G. et al. (2012). Decentralization and corruption: evidence from primary healthcare programs. *Applied Economics Letters* (Print), 19.

Pereira, M. J. B., Fortuna, C. M., Mishima, S. M., Almeida, M. C. P. D., & Matumoto, S. (2009). A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. *Rev. Bras. Enferm.*, 62(5), 771-777.

Dal Poz, M. R. (2002). O agente comunitário de saúde: algumas reflexões. *Interface: Comunic., Saúde, Educ.*, 6(10), 75-94.

Sant'Anna, C. F., Cezar-Vaz, M. R., Cardoso, L. S., Erdmann, A. L., & Soares, J. F. D. S. (2010). Determinantes sociais de saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família. *Rev. Gaúcha Enferm.*, 31(1), 92-9.

de Souza, E. C. F., de Vilar, R. L. A., Rocha, N. D. S. P. D., da Costa Uchoa, A., & de Medeiros Rocha, P. (2008). Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais. *Cad. Saúde Pública*, 24(Sup1), S100-S110.

Spedo, S. M., Tanaka, O. Y., & Pinto, N. R. D. S. (2009). O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(8), 1781-1790.

Starfield, B. (2002). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Unesco; Ministério da Saúde.

Uchimura, K. Y., & Bosi, M. L. M. (2002). Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. Quality and subjectivity in the evaluation of health services and programs. *Cad. Saúde Pública*, 18(6), 1561-1569.

Zanchetta, M. S., Vander Voet, S. M., Galhego-Garcia, W., Smolentzov, V. M. N., Talbot, Y., Riutort, M., ... & Kamikihara, M. M. (2009). *Effectiveness of community health agents' actions in situations of social vulnerability*. *Health Education Research*, 24(2), 330-342.