ESTUDO CASO – TERESINA/PI

Consolidação da Estratégia Saúde da Família como modelo único e universal de atenção primária à saúde e porta de entrada eletiva do SUS em Teresina

RELATÓRIO FINAL

Lígia Giovanella
Patty Fidelis de Almeida
Luiz Augusto Facchini

Rede de Pesquisa em APS – ABRASCO
Apoio OPAS
Rio de Janeiro, novembro 2019

Sumário

1. Introdução 3
2. Metodologia do estudo de caso 6
3. Breve caracterização sociodemográfica e epidemiológica da cidade caso 10
3. 1 Indicadores sociodemográficos selecionados 10
3.2 Indicadores da situação de saúde 11
3.3 Recursos de saúde em Teresina 16
3.3 Organização da rede e cobertura da Atenção Básica 19
3.4 A gestão do SUS e a Fundação Municipal de Saúde de Teresina 22
4. Contexto Político Institucional e Social da Inovação 24
4.1 Contexto inicial e processo de planejamento e implantação 24
4.2 Da implantação da ESF em Teresina: decisão política, primeiros resultados e mobilização social 26
5. Estratégias para consolidação da ESF 30
5.1 Qualificação da estrutura física das UBS 30
5.2 Informatização para a qualificação da Atenção Básica 31
5.3 Fortalecimento e valorização da força de trabalho em saúde 39
5.3.1 Constituição da força de trabalho, seleção, Plano de Cargos, Carreiras e Salários e organização dos serviços da ESF 39
5.3.2. Educação permanente e integração ensino-serviço 40
5.4 Ampliação do escopo de práticas 44
5.4.1 Laboratório público Dr. Raul Bacellar: facilitando acesso e promovendo eficiência 49
5.5 Regulação do acesso à atenção especializada e organização do complexo regulador 53
5.5.1 Regulação para acesso à atenção especializada ambulatorial 53
5.5.2 Fluxo para continuidade do cuidado à puérpera 56
5.5.3 Regulação hospitalar 58
5.5.4 Regulação de leitos e transporte 59
5.6 Participação social 61
6. O desafio da sustentabilidade 63
7. Lições aprendidas 66
8. Referências 72
Anexo 1 75
Apêndice 1 80

1. Introdução

No ano de comemoração de 40 anos de Declaração de Alma-Ata e 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS), a Organização Pan-Americana de Saúde no Brasil (OPAS Brasil) construiu uma agenda de análise dos avanços, desafios e possíveis caminhos para a sustentabilidade do sistema de saúde em 2030, data em que os países estipularam alcançar os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU) (OPAS, 2018).

A APS é reconhecida internacionalmente por sua efetividade em constituir sistemas de saúde mais equitativos, eficientes e de melhor qualidade assistencial (Starfield et al., 2005; Kringos, 2010; 2013; Facchini et al, 2018). No Brasil, as evidências indicam avanços marcantes na expansão do acesso, na utilização de serviços e no impacto na situação de saúde da população mais vulnerável da Estratégia Saúde da Família (ESF), destacada como a principal inovação no modelo assistencial do SUS (Rede de Pesquisa em APS, 2018; Guanais et al, 2009; Aquino et al, 2009; Rasella et al, 2010; 2014; Macinko et al, 2007; 2010; Macinko e Mendonca, 2018).

Entretanto, a persistência de problemas sistêmicos de infraestrutura, recursos humanos, financiamento e, em especial, de qualidade da atenção têm mobilizado iniciativas da OPAS e da ABRASCO para fortalecer a APS no SUS. O Laboratório de Inovações da APS forte no SUS integra esta agenda estratégica para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde, entendido como sistema baseado no direito à saúde, portanto universal, integral e sem barreiras financeiras ao acesso. A Rede de Pesquisas em APS da ABRASCO somou-se a esta iniciativa apoiando a elaboração de estudos de caso de experiências singulares da APS no SUS.

Neste contexto, apresenta-se o estudo de caso de APS Forte em Teresina, cuja maior inovação é universalizar a Estratégia Saúde da Família (ESF) por meio de gestão e oferta de serviços públicos municipais, sem terceirizações ou privatizações. Destaca-se a radicalidade da gestão ao longo do tempo em apostar no serviço público gerido e implementado pela administração pública.

Este relatório apresenta os resultados de um estudo de caso realizado no município de Teresina no âmbito do "Laboratório de Inovação da Atenção Primária à Saúde" (OPAS), realizado por meio de entrevistas individuais e coletivas, visitas a serviços de saúde e apresentação e construção dos resultados com a participação dos diversos atores envolvidos – gerentes, gestores e profissionais de Teresina, pesquisadores da Rede de Pesquisa em APS/Abrasco e técnicos da OPAS.

Após breve caracterização sociodemográfica e epidemiológica da cidade de Teresina[1] apresenta uma narrativa construída a partir de relatos de atores chave da experiência de universalização da ESF considerando: o contexto político institucional, as estratégias para a consolidação da ESF, os desafios da sustentabilidade e, ao final síntese de lições apreendidas.

[1] Esta caracterização foi elaborada como apoio de Cesar Luiz Silva Junior, mestre em Saúde Coletiva pela UFF, apoiador institucional de saúde bucal da SES RJ.

O estudo de caso de Teresina aponta elementos importantes sobretudo ao considerar o caráter público da intervenção com fortalecimento da rede pública, com universalização do acesso à APS via Estratégia Saúde da Família para 100% da população, com território delimitado e população adstrita. Uma APS, ao mesmo tempo de orientação comunitária e territorializada e de "portas abertas" que atende a todos que chegam ao serviço. A organização de Unidades Básicas de Saúde (UBS) nas zonas urbanas, com mais de uma equipe de Saúde da Família permitiu ampliar o acesso e facilitar cuidado oportuno na busca de equilíbrio com a abordagem populacional e atenção programática a grupos prioritários.

A implementação da ESF foi marcada por sucessivos processos de qualificação e apoio à APS, seja em relação à retaguarda diagnóstica e terapêutica para oferta de exames laboratoriais, adoção de Tecnologias de Informação e Comunicação como prontuários eletrônicos na APS, sistema informatizado de regulação e acompanhamento de resultados de exames, como também pela oferta de serviços especializados e hospitalares (maternidades, hospitais gerais, SAMU), mais recentemente organizados em regiões de saúde.

Na atualidade, a área de recursos humanos é uma das fortalezas da APS em Teresina, por seus mecanismos de seleção e de vínculo público de profissionais de saúde. A população local dispõe de uma ampla rede serviços de APS/ESF constituída por um corpo de servidores públicos efetivos da FMS, admitidos através de concurso público de provas e títulos e contratados em regime estatutário.

No município, observou-se sinergia entre políticas públicas federais, cuja adesão permitiu qualificação da infraestrutura e da ambiência das UBS por meio do Requalifica UBS e qualificação do processo de trabalho das equipes de SF participantes do PMAQ. Avaliou-se que o PMAQ teve efeitos positivos na estruturação de equipes de SF com garantia de atendimento em dois turnos, experiência que difere da organização das demais equipes por horário contínuo em um turno. A participação no PMAQ resultou também em legislação própria regulamentando o pagamento por desempenho para as equipes participantes.

Outro ponto forte da experiência é a ampla participação social, apontada como um elemento importante para a sustentabilidade e qualificação da ESF ao longo do processo de implementação, sem rupturas que ameaçassem a continuidade da política. A formação de Conselhos Locais de Saúde na maior parte das UBS, e atualmente com 21 CLS ativos, também representa importante canal para vocalização das demandas locais e co-gestão das UBS.

Entre os desafios da experiência de universalização pública da APS via ESF destacou-se o fraco vetor regional da experiência, com pontos de tensionamento entre demanda e oferta municipal e aquelas advindas dos municípios do interior, sem sinalização de um processo mais amplo de pactuação regional. A sustentabilidade da política, sobretudo em contexto de austeridade fiscal com fortes impactos no SUS (Castro et al., 2019), também esbarra no subfinanciamento da saúde com sobrecarga para o município que gradualmente ampliou seus gastos em saúde e investiu cerca de 35% do orçamento próprio municipal na saúde no ano de 2018 (Tabela 11), muito acima da definição constitucional (15%) e da média municipal nacional (22%).

Por fim, este estudo soma-se ao conjunto de evidências que demonstram os êxitos de experiências de implementação da APS pela administração pública se comparada a outras modalidades de gestão, como, por exemplo, as Organizações Sociais (Ramos e De Seta, 2019). Ainda que a celeridade na implementação possa representar um atrativo das modalidades de gestão via entidades privadas e terceirizações a experiência bem-sucedida de universalização e sustentabilidade da APS via Estratégia Saúde da Família em um capital do Nordeste do país pode informar gestores, sociedade civil, pesquisadores e demais atores implicados na defesa do SUS constitucional.

2. Metodologia do estudo de caso

A elaboração de estudos de casos selecionados pela OPAS tem por objetivo documentar inovações selecionadas, contextualizá-las e proporcionar um mosaico de experiências e boas práticas a serem difundidas entre gestores.

Foi desenvolvido estudo de caso no município de Teresina, capital do estado do Piauí, utilizando-se como principais fontes para a construção dos resultados: entrevistas em profundidade individuais e coletivas com informantes-chave de diversas instâncias do SUS no município; visitas a serviços de saúde (Fundação Municipal de Saúde, central de regulação, laboratório municipal, academia da saúde, unidades básicas de saúde e maternidade); complementados por análise documental, dados secundários de acesso público e revisão de literatura.

Foram realizadas três entrevistas individuais, sete rodas de conversa com entrevistas coletivas e oito visitas a serviços, nos quais foram coletados depoimentos de 46 participantes, sendo a maioria composta por mulheres (29). A caracterização dos participantes encontra-se descrita no Quadro 1 e no Anexo 1 a programação das atividades realizadas, bem como os temas disparadores das entrevistas. O trabalho de campo foi realizado no período de 25 a 29 de março do ano de 2019.

Quadro 1 – Caracterização informantes-chave – Teresina/Piauí, 2019

Atores	Função atual	Formação e participação em órgãos colegiados
Integração Ensino-Serviço (7)	Docentes	4 com mestrado e doutorado, 2 com mestrado, 1 com especialização; 3 representantes em órgão colegiado
	Chefia da Unidade de Saúde HU/UFPI	
	Médica ESF	
	Coordenação Residência Multiprofissional em SFC	
Gestores/gerentes da saúde (10)	Coordenação Regional de Saúde Leste	2 com especialização, 1 superior, 4 com mestrado, 3 com especialização, 1 com Residência; 2 representantes no Conselho Municipal de Saúde e na Comissão Intergestores Regional
	Diretoria do Laboratório Municipal	
	Diretoria de Regulação e Auditoria	
	Assessoria Técnica FMS	
	Gerência Ações Estratégicas FMS /GAE	
	Programação Sistema de Regulação	
	Assessoria Presidência FMS	
	Gerência Maternidade Municipal	
	Coordenação Regional de Saúde Sudeste	
	Presidência Fundação Municipal de Saúde	

Atores	Função atual	Formação e participação em órgãos colegiados
Gerentes UBS (3)	Coordenação de UBS	1 com 2º grau, 2 com nível superior e pós-graduação; 1 representante no Conselho Local de Saúde
Agentes Comunitários de Saúde (5)	Agentes Comunitários de Saúde	1 com superior incompleto, 2 com superior completo, 2 com nível médio; 1 representante no Conselho Local de Saúde
Profissionais de Saúde ESF (4)	Profissionais das Equipes de Saúde da Família	1 odontólogo, 1 médico, 2 enfermeiros; 3 com especialização, 1 com mestrado; 1 representante no Conselho Local de Saúde
Pioneiros na implantação de ESF (11)	Ex diretor da FMS	7 com especialização, 2 com mestrado e doutorado, 2 com Residência
	Docente	
	Gerente de Auditoria	
	Chefia do Núcleo de DCNT	
	Médica ESF	
	Médico ultrassonografista	
	Médico ESF	
	Médico ESF	
	Coordenadoria Regional de Saúde	
	Diretoria Geral de Hospital de Urgência e Emergência	
	Diretoria Vigilância em Saúde	
Controle Social (5)	Aposentado	3 com 2º grau, 1 com mestrado, 1 com especialização, 1 com mestrado/doutorado; 1 com representação CNAS, 1 com representação no Conselho Estadual de Saúde
	Aposentado	
	Diretora de gestão	
	Dirigente Sindical	
	Coordenação Conselho Local de Saúde	
Prefeito (1)	Prefeito Municipal	Graduação em Economia
Total		46

A análise das entrevistas foi complementada por pesquisa documental. Foram selecionados o Plano Municipal de Saúde e o Relatório Anual de Gestão 2018 com vistas a identificar as prioridades e ações realizadas para fortalecimento da APS no município, bem como documentos relativos à estruturação dos Planos de Cargos, Carreiras e Salários que complementam as análises sobre a força de trabalho (Quadro 2).

Quadro 2 – Documentos selecionados – Teresina/Piauí, 2019

Documento	Objetivo
Plano Municipal de Saúde – 2018 a 2021	Apresenta o planejamento setorial da saúde em convergência com o Plano Nacional de Saúde – PNS (2016-2019), Plano Estadual de Saúde – PES (2013-2016) e o Plano de Governo Municipal (2017-2020), a partir de 3 Diretrizes: "1ª Diretriz: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das

Documento	Objetivo
	necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar, garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS e, promovendo o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida; 2ª Diretriz: Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável; 3ª Diretriz: Fortalecer o papel do Estado na regulação em saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho." (PMS/2018-2021)
Relatório Anual de Gestão 2018	"Apresenta os resultados alcançados pela gestão municipal, com a execução da Programação Anual de Saúde (PAS) de 2018, primeiro ano de vigência do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018 - 2021. Além disso, demonstra a apuração das receitas totais e dos gastos em ações e serviços de saúde no ano em questão, em cumprimento à Lei Complementar nº 141/2012. Seu conteúdo reúne dados e informações da gestão do Sistema Único de Saúde pela Fundação Municipal de Saúde de Teresina (FMS), órgão de administração indireta da Prefeitura Municipal de Teresina/PI." (RAG, 2018:5).
Lei Nº 4.435, de 23 de agosto de 2013	Institui, no âmbito do Poder Executivo do Município de Teresina, o Incentivo de Desempenho Variável do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB, a ser concedido aos servidores do quadro da Fundação Municipal de Saúde de Teresina, em função do desempenho obtido.
Lei complementar Nº 3.746 de 4 de abril de 2008	Institui o Plano de Cargos, Carreiras e Salários para os servidores públicos efetivos, integrantes dos Grupos Funcionais Básico, Médio e Superior do Município de Teresina, que formam o quadro de pessoal da Administração Direta e Indireta e dá outras providências.
Lei complementar Nº 3.747 de 4 de abril de 2008	Institui o Plano de Cargos, Carreiras e Salários dos Servidores Médicos do Município de Teresina e dá outras providências.
Lei complementar Nº 4.211 de 22 de dezembro de 2011	Institui o Plano de Cargos, Carreiras e Salários dos servidores que ocupam os cargos de Cirurgião-Dentista no município de Teresina.
Lei complementar Nº 4.485 de 18 de dezembro de 2013	Institui o Plano de Cargos, Carreiras e Salários dos servidores públicos efetivos – profissionais de enfermagem – que formam o quadro de pessoal da Administração Direta e Indireta do município de Teresina.

Dados secundários selecionados de fontes de informação de acesso público foram utilizados para a caracterização sociodemográfica e sanitária do município com seleção e construção de indicadores a partir de diversos bancos e fontes entre as quais: DATASUS/MS, Informações de Saúde, IBGE Cidades, e-Gestor Saúde AB, Siops.

Foi realizada revisão de literatura nacional não exaustiva sobre atenção básica, saúde da família, atenção primária à saúde e serviços de saúde em Teresina e no Piauí a partir de levantamento na Biblioteca Virtual em Saúde Brasil (BVS) com intuito de identificar estudos sobre a ESF em Teresina.

Para a produção dos resultados, procedeu-se à análise de conteúdo das entrevistas e rodas de conversa transcritas com suas respectivas etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação (Gomes, 2002), conforme dimensões definidas previamente e no transcurso do trabalho de campo para análise da

experiência de consolidação da Estratégia Saúde da Família como modelo único e universal de Atenção Primária à Saúde e porta de entrada eletiva do SUS.

As categorias de análise foram selecionadas a partir de outros estudos de caso para avaliação de experiências exitosas em APS e também de recomendações da OPAS para fortalecimento da APS contidas no capítulo: "Atenção Primária Forte: estratégia central para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde", do documento "Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?" (OPAS, 2018):

- Estratégias político institucionais para implantar a inovação (atores, lideranças, pioneiros, enfretamento de conflitos)
- Qualificação da estrutura física e informatização das Unidades Básicas de Saúde
- Fortalecimento e valorização da força de trabalho em saúde
- Ampliação do escopo de práticas
- Regulação do acesso à atenção especializada e organização do complexo regulador
- Participação social

No processo de análise foram identificados padrões comuns e observadas regularidades nos discursos, bem como divergências e convergências na caracterização da experiência de consolidação da Estratégia Saúde da Família em Teresina. Buscou-se garantir a qualidade e a validade dos achados cotejando-se a percepção dos diferentes informantes-chave, à análise documental e observação *in locu*.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de São Paulo (USF), Faculdade de Saúde Pública, sob o parecer 09248219.2.0000.5421, com anuência do município. Os participantes da pesquisa, após leitura e esclarecimento de possíveis dúvidas, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice A), assegurando o sigilo e o anonimato, de acordo com as recomendações da Resolução CNS/MS 466/12 e 510/2016, que versam sobre a pesquisa com seres humanos.

3. Breve caracterização sociodemográfica e epidemiológica da cidade caso

Para a caracterização do município foram eleitos alguns indicadores demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos e de oferta de serviços de saúde do SUS.

3. 1 Indicadores sociodemográficos selecionados

Teresina, capital do estado do Piauí, situado na região nordeste do país, tem população estimada de 860 mil habitantes para o ano de 2018, sendo 24% da população até 14 anos e 8,7% com 60 anos e mais. A esperança de vida na região metropolitana de Teresina (Ride - Região Integrada de Desenvolvimento de Teresina) em 2017 foi estimada em 72,6 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Indicadores demográficos selecionados, Teresina/PI e Brasil, diversos anos

Indicador/Anos	Teresina/PI	Brasil
População[1]		
2010	814.230	190.755.799
2018	861.442	208.494.900
Percentual da população de zero a 14 anos em 2015[2]	24,3%	23,2%
Percentual da população com 60 anos e mais em 2015[2]	8,7%	11,7%
Esperança de vida ao nascer[1,3]	**RIDE**	
2013	70,9	74,8
2015	71,5	75,4
2016	72,2	75,7
2017	72,6	76,0

Legenda: RIDE - Dados referentes à Região Integrada de Desenvolvimento de Teresina.

Fontes:

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo (2010) e Estimativa de População (2018).
2. DATASUS/MS. Informações de Saúde. Demográficas e Socioeconômicas. Estimativas população: município, sexo e idade 2000-2015 RIPSA IBGE.
3. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Radar IDHM. Base de Dados Radar IDHM - PNAD Contínua. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/radar-idhm/.

O IDH é uma medida resumida do progresso a longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde. Em Teresina houve grande avanço do IDH nas últimas décadas. Em 1990, o município apresentava baixo IDHM (0,509), evoluindo para um IDHM alto (0,751) a partir dos anos de 2010. Não obstante o PIB per capita permanece menor do que a média nacional. A tabela 2 apresenta a evolução de indicadores socioeconômicos selecionados nas últimas décadas em paralelo com resultados para o Brasil.

Tabela 2 – Indicadores socioeconômicos selecionados, Teresina/PI e Brasil, diversos anos

Indicador/Anos	Teresina/PI	Brasil
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)[1]		
1991	0,509	0,493
2000	0,620	0,612
2010	0,751	0,727
2017	0,750	0,778

Taxa de analfabetismo na população de 15 anos ou mais[2]		
1991	19,2	19,3
2000	13,1	12,8
2010	8,8	9,4
PIB per capita (em reais correntes)[3]		
2010	R$13.049,10	R$19.938,60
2013	R$17.638,29	R$26.657,54
2015	R$20.891,09	R$29.466,85
2016	R$22.597,68	R$30.548,40
Percentual de população em extrema pobreza[4]		
2010	5,6%	8,5%
Percentual da população beneficiária do Programa Bolsa Família[5]		
2018	10,6%	11,8%
2019	11,3%	12,0%
Taxa de cobertura de planos de saúde – assistência médica, exceto odontológica[6]		
2010	21,2%	23,2%
2013	23,0%	25,1%
2015	26,3%	25,7%
2018	28,7%	24,2%

Método de Cálculo:

1. O **IDHM** do Brasil é calculado a partir da nova metodologia do IDHM com os dados dos Censos Demográficos para o Brasil inteiro, segundo o Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil (2013).

5. Percentual da população beneficiária do Programa Bolsa Família = [Quantidade de Beneficiários a serem acompanhados / Estimativa Populacional no ano relacionado].

Fontes:

1. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Para os anos de 1991, 2000 e 2010: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta/. Para o ano de 2017: Radar IDHM. Base de Dados Radar IDHM - PNAD Contínua. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/radar-idhm/.

2. DATASUS/MS. Informações de Saúde. Demográficas e Socioeconômicas. Educação - Censos 1991, 2000 e 2010. Taxa de Analfabetismo.

3. IBGE Cidades. Produto Interno Bruto. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil.

4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo (2010).

5. Cálculos Próprios, a partir de: Bolsa Família na Saúde/SAPS/MS. Relatórios Públicos do BFA. Dados Consolidados do Resultado de Acompanhamento de Condicionalidades da Saúde - 2ª/2018 e 1º/2019. Disponível em: https://bfa.saude.gov.br/relatorio; e IBGE. Estimativa de População.

6. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). ANS Tabnet. Informações em Saúde Suplementar. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_tx.def.

3.2 Indicadores da situação de saúde

Teresina reduziu em um terço sua mortalidade infantil de 2000 a 2016,[2] que passou de 22,2 para 14,8 mortes de menores de um ano por mil nascidos vivos. Não obstante, concernente ao desenvolvimento socioeconômico local, em 2016, a mortalidade infantil em Teresina é a mais elevada entre as três cidades caso do Laboratório de Inovação. No período mais recente, entre 2010 e 2016 observa-se redução nos componentes de mortalidade neonatal (mais relacionados à qualidade do cuidado pré-natal e parto) e estabilidade no componente pós-neonatal (mais relacionado a condições socioeconômicas) (Tabela 3). Importante salientar que os indicadores

[2] Segundo relatório da Seplan de Teresina, desde os anos 2000, Teresina apresentou redução da mortalidade infantil em quase 50% em contraste com certa estabilidade na década anterior nos elevados índices de mortalidade infantil. (Teresina SEPLAN, 2018). Em 1994, a mortalidade infantil pela mesma fonte da tabela 3 era de 37,6 óbitos por mil. Gestores locais relacionam esta evolução positiva nos anos 2000 à importante ampliação da cobertura por equipes da estratégia saúde da família.

foram calculados a partir de bancos de dados de acesso público conforme indicado na tabela, sem outros ajustes.

Tabela 3 – Indicadores de saúde materno-infantil das cidades de Brasília/DF, Porto Alegre/RS e Teresina/PI, nos anos de 2000, 2010, 2013 e 2016.

INDICADORES/CIDADES	2000	2010	2013	2016
Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos)[1]				
Brasília	14,4	12,6	12,7	10,3
Porto Alegre	14,8	10,5	9,3	9,0
Teresina	22,2	16,6	14,7	14,8
Mortalidade infantil neonatal precoce (0 a 6 dias)[1]				
Brasília	7,6	6,6	6,8	6,0
Porto Alegre	6,0	5,4	4,5	3,6
Teresina	13,4	8,4	7,7	7,7
Mortalidade infantil neonatal tardia (7 a 27 dias)[1]				
Brasília	2,4	2,6	2,5	1,8
Porto Alegre	2,3	1,4	1,3	2,2
Teresina	3,2	3,9	3,1	2,5
Mortalidade pós-neonatal (28 a 364 dias)[1]				
Brasília	4,3	3,4	3,5	2,5
Porto Alegre	6,5	3,7	3,5	3,2
Teresina	5,6	4,3	3,8	4,4
Número de óbitos em menores de um ano[2]				
Brasília	691	559	567	447
Porto Alegre	349	192	183	168
Teresina	383	223	196	200
Mortalidade materna/ 100 mil NV[3]				
Brasília	35,4	45,2	53,9	55,4
Porto Alegre	59,5	27,3	30,4	37,6
Teresina	46,4	66,8	37,4	52,0
Número de mortes maternas[4]				
Brasília	17	20	24	24
Porto Alegre	14	5	6	7
Teresina	8	9	5	7

Fontes:

1, 3. Cálculos Próprios, a partir de: DATASUS/MS; Informações de Saúde; Estatísticas Vitais; Nascidos Vivos - 1994 a 2017 e Mortalidade - 1996 a 2017, pela CID-10.

2. DATASUS/MS; Informações de Saúde; Estatísticas Vitais; Mortalidade - 1996 a 2017, pela CID-10; Óbitos infantis.

4. DATASUS/MS; Informações de Saúde; Estatísticas Vitais; Mortalidade - 1996 a 2017, pela CID-10; Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos.

A tabela 4 apresenta indicadores de saúde referentes a sífilis na gestação e congênita, identificando a gravidade deste problema de saúde pública, em Teresina, que segue tendência recente no país. Observa-se que no período de 2010 a 2017, a taxa de detecção de sífilis em gestante do município aumentou linearmente, passando de 1,9 casos para 11,8 casos por 1.000 nascidos vivos. Ao mesmo tempo, a taxa de detecção de sífilis congênita, para cada 1.000 nascidos vivos, aumentou de 1,2 casos em 2010 para 13,7 casos em 2017. Quase metade dos diagnósticos de sífilis congênita em 2017 ocorreram no parto e após o nascimento do bebê. Além disso, 95% dos diagnósticos ocorreram em crianças cujas mães tiveram tratamento inadequado ou não realizado e metade de seus parceiros não foram tratados. Em 2017 também ocorreram 3 óbitos

infantis por sífilis congênita, resultando em um coeficiente de mortalidade pela doença de 21,5 casos por 100.000 nascidos vivos (Tabela 4).

Tabela 4 – Sífilis em gestantes e congênita, Teresina (PI), 2008 a 2017

Indicadores	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Sífilis em Gestantes (n)*	12	17	25	34	66	114	95	126	133	165
taxa de detecção (1.000NV)	0,9	1,3	1,9	2,4	4,8	8,5	6,8	9	9,5	11,8
Sífilis Congênita (n)**	2	5	16	25	42	73	91	224	203	191
taxa de detecção (1.000NV)	0,1	0,4	1,2	1,8	3	5,5	6,5	16	14,5	13,7
% de mães c/ pré-natal	100	100	87,5	72	81	76,7	78	77,7	83,3	82,2
% de diagnóstico no pré-natal	50	80	43,8	44	50	39,7	37,4	47,8	57,6	51,8
% de diagnóstico no parto/curetagem	50	-	56,3	36	28,6	38,4	44	42,4	36,9	36,1
% de diagnóstico após parto	-	20	-	16	19	19,2	16,5	8,5	4,9	9,9
% c/ tto da mãe inadequado	100	80	87,5	64	83,3	65,8	72,5	77,2	84,2	79,6
% c/ tto da mãe não realizado	-	20	6,3	32	11,9	27,4	22	18,8	10,8	15,2
% sem tto do parceiro da mãe	-	80	37,5	76	83,3	72,6	63,7	77,2	64,5	54,5
Óbito por sífilis congênita (n)	-	-	-	-	-	1	1	1	-	3
Coef óbito por sífilis congênita (100.000NV)	0	0	0	0	0	7,5	7,2	7,2	0	21,5

* notificação compulsória a partir de 14 de julho de 2005; ** notificação compulsória a partir de 22 de dezembro de 1986

Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Disponível em: http://indicadoressifilis.aids.gov.br/

A tabela 5 apresenta a evolução da cobertura vacinal de crianças em Teresina entre 2011 e 2018. A imunização contra poliomielite, tríplice viral, pentavalente apresentavam coberturas ao redor de 90% em 2012-13, que caíram para menos de 70% em 2017 e não superaram 80% em 2018. (http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pni/CNV/CPNIPI.def).

Tabela 5 – Cobertura imunização, Teresina (PI), 2011-2018

Vacinas	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Polio	88,2	93,1	93,3	85,8	76,2	66,0	68,9	75,0
Tríplice Viral D1 e D2	89,1	99,7	93,9	84,8	67,2	76,0	53,9	79,5
DTP	89,9	89,8	88,4	85,3	76,8	76,7	65,9	75,7
Pentavalente	0,0	25,5	87,7	84,8	76,4	76,7	65,7	75,3

Fonte: Programa Nacional de Imunizações Disponível em:
http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pni/CNV/CPNIPI.def

A Tabela 6 apresenta a mortalidade proporcional para as três principais causas de morte por capítulo da CID 10, com similaridades entre as três cidades. Destaca-se a o baixo percentual de óbitos por causas mal definidas em Teresina, o que pode ser um indicador de acesso à atenção médica e da qualidade da informação.

Tabela 6 – Indicadores de mortalidade por causas selecionadas e mal definidas das cidades de Brasília/DF, Porto Alegre/RS e Teresina/PI, nos anos de 2010, 2013 e 2016.

INDICADORES/CIDADES	2010	2013	2016
Três principais causas de morte (Mortalidade Proporcional)[1]			
Brasília	28% Ap. Circulatório	27% Ap. Circulatório	25% Ap. Circulatório
	19% Neoplasias	20% Neoplasias	21% Neoplasias
	17% Causas Externas	16% Causas Externas	15% Causas Externas
Porto Alegre	30% Ap. Circulatório	28% Ap. Circulatório	26% Ap. Circulatório
	23% Neoplasias	24% Neoplasias	23% Neoplasias
	9% Ap. Respiratório	9% Ap. Respiratório	11% Causas Externas
Teresina	31% Ap. Circulatório	30% Ap. Circulatório	28% Ap. Circulatório
	16% Neoplasias	17% Neoplasias	17% Neoplasias
	15% Causas Externas	16% Causas Externas	15% Causas Externas
Percentual de óbitos por causas mal definidas[2]			
Brasília	4,3%	3,0%	1,5%
Porto Alegre	1,6%	2,7%	2,7%
Teresina	0,3%	0,4%	0,5%

Fontes:

1. DATASUS/MS; Informações de Saúde; Estatísticas Vitais; Mortalidade - 1996 a 2017, pela CID-10; Mortalidade Geral; Óbitos por Residência por Capítulo CID-10 e Ano do Óbito.

2. Cálculos Próprios, a partir de: DATASUS/MS; Informações de Saúde; Estatísticas Vitais; Mortalidade - 1996 a 2017, pela CID-10; Mortalidade Geral; Óbitos por Residência por Capítulo CID-10 e Ano do Óbito, considerando 'Grupo CID-10: Causas mal definidas e desconhecidas mortalidade' e o Total de óbitos por Município.

Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) são um conjunto de problemas de saúde tipicamente manejados nos serviços de primeiro contato dos sistemas de saúde e cuja evolução, na falta de acesso oportuno à atenção de qualidade, exigirá a hospitalização do paciente. As internações por CSAP (ICSAP) são um indicador indireto da efetividade e da qualidade da gestão da Atenção Básica (AB). Estudo de realizado por Nedel (2019) para esta pesquisa mostra resultados muito

positivos na redução de ICSAPS em Teresina em comparação com Brasília e Porto Alegre, os outros dois casos do estudo.

Observa-se importante redução e mudança do perfil das ICSAP ao longo do período (Tabelas 7 e 8). Em Teresina, em 2010, 25,6% das internações pelo SUS de residentes em Teresina foram por CSAP e os três principais grupos de causas de ICSAPS foram gastroenterites, diabetes e asma. Em 2018, 17% das internações pelo SUS de residentes em Teresina foram por CSAP, cujas principais causas foram pneumonias bacterianas, infecção urinária e doenças cerebrovasculares.

As taxas brutas de ICSAP, isto é a relação de ICSAP por mil habitantes diminuíram de 2005 a 2015 em Brasília e Teresina e mantiveram-se quase estáveis em Porto Alegre. Teresina se destaca por uma redução mais intensa das ICSAP no período estudado (Tabela 7).

Tabela 7 – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Taxa bruta por mil hab., Brasília, Porto Alegre e Teresina, 2005, 2010, 2015, 2018

CIDADES	2005	2010	2015	2018
Brasília	12,1	10,9	7,5	8,6
Porto Alegre	13,0	13,8	14,7	12,8
Teresina	15,3	13,0	8,2	8,5

A tabela 8 mostra também as taxas de ICSAP padronizadas para 2010 e 2015. Diferentes taxas de internação estão relacionadas à estruturara demográfica. Para permitir melhor comparação, a Razão de Hospitalização Padronizada (RHP) foi calculada pelo método indireto, por sexo e 17 faixas etárias, tendo Brasília em 2015 (o melhor caso) como referência. O índice representa quantas vezes a taxa de hospitalização por CSAP, ajustada por sexo e idade, é maior, em cada lugar e momento, que a taxa observada em Brasília em 2015.

Em Teresina, a razão de hospitalizações por CSAP reduziu de 1,8 em 2010 para 1,1 em 2015 (Tabela 8).

Tabela 8 – Indicadores de internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAP) de Brasília/DF, Porto Alegre/RS e Teresina/PI, nos anos de 2010, 2015 e 2018

INDICADORES/CIDADES	2010		2015		2018
Taxa de ICSAP[1]	**Bruta**	**RHP**	**Bruta**	**RHP**	**Bruta**
Brasília	10,9	1,5	7,5	1,0	8,6
Porto Alegre	13,8	1,6	14,7	1,6	12,8
Teresina	13,0	1,8	8,2	1,1	8,5
Percentual de ICSAP sobre o Total de internações[2]					
Brasília	23,8%		22,1%		20,4%
Porto Alegre	23,6%		24,2%		22,4%
Teresina	25,6%		17,0%		16,7%
Percentual das três principais causas de ICSAP[1]					
Brasília	12,0% Cerebrovasculares		12,5% Insuficiência Cardíaca		12,0% Pneumonias Bacterianas

INDICADORES/CIDADES	2010	2015	2018
	10,5% Pneumonias Bacterianas	11,0% Infecção Urinária	10,1% DPOC
	9,6% Insuficiência Cardíaca	10,1% Pneumonias Bacterianas	9,7% Infecção Urinária
Porto Alegre	14,5% DPOC	15,3% DPOC	16,9% DPOC
	10,9% Cerebrovasculares	10,6% Cerebrovasculares	11,6% Cerebrovasculares
	10,8% Insuficiência Cardíaca	10,2% Infecção Urinária	10,7% Insuficiência Cardíaca
Teresina	28,3% Gastroenterite	13,6% Gastroenterite	19,8% Pneumonias Bacterianas
	11,2% Diabetes	12,3% Cerebrovasculares	11,1% Infecção Urinária
	10,0% Asma	11,9% Insuficiência Cardíaca	11,0% Cerebrovasculares

Legenda: Bruta - Taxa por mil habitantes; RHP - Razão de Hospitalização Padronizada. Taxa padronizada pelo método indireto, por sexo e 17 faixas etárias (16 faixas quinquenais; 80 e +), com Brasília em 2015 como referência. O índice representa quantas vezes a taxa de hospitalização por CSAP, ajustada por sexo e idade, é maior, em cada lugar e momento, que a taxa observada em Brasília em 2015.

Fontes:

1. DATASUS/MS. Informações de Saúde. Epidemiológicas e Morbidade. Geral, por local de internação, a partir de 2008.

2. Cálculos Próprios, a partir de: DATASUS/MS. Informações de Saúde. Epidemiológicas e Morbidade. Geral, por local de internação, a partir de 2008.

3.3 Recursos de saúde em Teresina

Teresina é considerado um polo de saúde, com importância econômica, atraindo pacientes de outros estados. Em seu território concentra-se grande parte dos serviços de saúde do Piauí, sejam públicos ou privados com uma razão total de 3,6 leitos por mil habitantes, e 2,8 leitos por mil habitantes disponíveis para o SUS (Tabela 9).

Tabela 9 – Leitos hospitalares, Teresina/PI, anos de 2010, 2015 e 2018

INDICADOR/CIDADES	2010		2015		2018	
Número de Leitos hospitalares (menos complementar)[1]	**Total**	**SUS**	**Total**	**SUS**	**Total**	**SUS**
	3053	2195	2906	2258	3132	2392
Número de Leitos hospitalares (menos complementar) por 1.000 habitantes[2]	3,8	2,7	3,4	2,7	3,6	2,8
Percentual de Leitos disponíveis para o SUS no Total de Leitos existentes[3]	**Clínico Cirúrgico**	**Total menos complem**	**Clínico Cirúrgico**	**Total menos complem**	**Clínico Cirúrgico**	**Total menos complem**
	46,8%	71,9%	50,3%	77,7%	50,5%	76,4%

Legenda: O Total de Leitos de Internação Hospitalar consideram os seguintes tipos: Clínico; Cirúrgico; Obstétrico; Pediátrico; Outras Especialidades; e Hospital Dia. Os Leitos Complementares são destinados a pacientes que necessitam de assistência especializada

exigindo características especiais, tais como: as unidades de isolamento, isolamento reverso e as unidades de tratamento intensiva e semi-intensiva.

Métodos de cálculo:

2. Número de Leitos hospitalares (menos complementar) por 1.000 habitantes = [('Quantidade existente' ou 'Quantidade SUS' segundo 'Município' considerando a competência de Dezembro do ano relacionado *1000) / Estimativa Populacional do município no ano relacionado];

3. Percentual de Leitos disponíveis para o SUS no Total de Leitos existentes = [('Quantidade SUS' segundo 'Especialidade'* considerando a competência de Dezembro do ano relacionado) *100 / 'Quantidade existente' segundo 'Município' considerando a competência de Dezembro do ano relacionado]

***Especialidade - Para Clínico e Cirúrgico:** Cirúrgicos, Clínicos.

Fontes:

1. DATASUS/MS. Informações de Saúde. Rede Assistencial. CNES - Recursos Físicos. Hospitalar - Leitos Internação. 'Quantidade existente', 'Quantidade SUS' segundo 'Município' considerando a competência de Dezembro do ano relacionado.

2. Cálculos Próprios, a partir de: DATASUS/MS. Informações de Saúde. Rede Assistencial. CNES - Recursos Físicos. Hospitalar - Leitos Internação. 'Quantidade existente', 'Quantidade SUS' segundo 'Município' considerando a competência de Dezembro do ano relacionado; e IBGE. Estimativas da População.

3. Cálculos Próprios, a partir de: DATASUS/MS. Informações de Saúde. Rede Assistencial. CNES - Recursos Físicos. Hospitalar - Leitos Internação. 'Quantidade existente', 'Quantidade SUS' segundo 'Especialidade' considerando a competência de Dezembro do ano relacionado.

Há disponibilidade de médicos em Teresina, dada a concentração de serviços de saúde na capital, sendo estimada uma razão de 3,58 médicos por mil habitantes para 2018 (Tabela 10).

Tabela 10 – Profissionais de saúde - médicos, enfermeiros e odontólogos, Teresina/PI, nos anos de 2010, 2011, 2015 e 2018

INDICADOR/CIDADES	2010	2011	2015	2018
Razão de Médicos por 1.000 habitantes[1]	-	2,54	4,44	3,58
Razão de Médicos SUS por 1.000 habitantes[2]	1,63	1,67	1,96	2,15
Razão de Enfermeiros por 1.000 habitantes[3]	0,76	0,86	1,35	1,59
Razão de Enfermeiros SUS por 1.000 habitantes[4]	0,73	0,82	1,30	1,49
Razão de Odontólogos por 1.000 habitantes[3]	0,54	0,59	0,67	0,74
Razão de Odontólogos SUS por 1.000 habitantes[4]	0,41	0,42	0,45	0,47

Fontes:

1. Ano de 2010: Demografia Médica no Brasil. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/estudo_demografia_junho.pdf. Anos de 2011, 2015 e 2018: SCHEFFER, M. *et al.*, Demografia Médica no Brasil (2011; 2015; 2018).

Métodos de Cálculo:

2. Razão de Médicos SUS por 1.000 habitantes = [(Quantidade por 'Médicos' segundo Atende no 'SUS', considerando a competência de Dezembro do ano relacionado *1000) / Estimativa Populacional do município no ano relacionado];

3. Razão de Enfermeiros/Odontólogos por 1.000 habitantes = [(Quantidade por 'Ocupações de Nível Superior'* segundo 'Município' considerando a competência de Dezembro do ano relacionado *1000) / Estimativa Populacional do município no ano relacionado];

4. Razão de Enfermeiros/Odontólogos SUS por 1.000 habitantes = [(Quantidade por 'Ocupações de Nível Superior'* segundo 'Atende no SUS' considerando a competência de Dezembro do ano relacionado) *1000 / Estimativa Populacional do município no ano relacionado];

***Ocupações de Nível Superior - Para Enfermeiros:** "Outros enfermeiros, Enfermeiro, Enfermeiro Estomaterapeuta, Enfermeiro auditor, Enfermeiro da estratégia de agente comunitário de, Enfermeiro da estratégia de saúde da família, Enfermeiro de bordo, Enfermeiro de centro cirúrgico, Enfermeiro de terapia intensiva, Enfermeiro do trabalho, Enfermeiro nefrologista, Enfermeiro neonatologista, Enfermeiro obstétrico, Enfermeiro psiquiátrico, Enfermeiro puericultor e pediátrico, Enfermeiro sanitarista, Enfermeiro saúde da família"

***Ocupações de Nível Superior - Para Odontólogos:** "Cirurgião dentista - auditor, Cirurgião dentista - clínico geral, Cirurgião dentista - dentística, Cirurgião dentista - disfunção temporomandibular e, Cirurgião dentista - endodontista, Cirurgião dentista - epidemiologista, Cirurgião dentista - estomatologista, Cirurgião dentista - implantodontista, Cirurgião dentista - odontogeriatra, Cirurgião dentista - odontologia do trabalho, Cirurgião dentista - odontologia para pacientes co, Cirurgião dentista - odontologista legal, Cirurgião dentista - odontopediatra, Cirurgião dentista - ortopedista e ortodontista, Cirurgião dentista - patologista bucal, Cirurgião dentista - periodontista, Cirurgião dentista - protesista, Cirurgião dentista - protesiólogo bucomaxilofacial, Cirurgião dentista - radiologista, Cirurgião dentista - reabilitador oral, Cirurgião dentista - traumatologista bucomaxilofac, Cirurgião dentista de saúde coletiva, Cirurgião dentista de saúde da família, Cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família".
2, 3, 4. Cálculos Próprios, a partir de: DATASUS/MS. Informações em Saúde; Rede Assistencial; CNES - Recursos Humanos a partir de agosto de 2007 - Ocupações classificadas pela CBO 2002. Profissionais; e IBGE. Estimativas da População.

Tendo sido habilitada em gestão plena em 1996, ser capital e concentrar serviços de saúde públicos e privados contratados pelo SUS, e ser referência para atenção especializada SUS do do estado do Piauí, Teresina apresenta gastos públicos em saúde per capita mais elevados que a média nacional (Tabela 11).

Teresina destaca-se pelo elevado investimento municipal em saúde. Em 2018, Teresina aplicou 34,6% de recursos próprios em saúde de acordo com informações do SIOPS, aplicados os critérios que regulamentaram a EC 29. Este elevado investimento municipal de Teresina, que representa mais do que o dobro do previsto na EC 29 (15%) e contrasta com a média nacional (22,9%) que também supera o previsto (Tabela 11).

Tabela 11 – Financiamento em saúde, Teresina/PI e Brasil, nos anos de 2010, 2015, 2017 e 2018.

INDICADOR/ANOS	Teresina	Brasil
Despesa total com saúde, sob responsabilidade do município, por habitante (em reais)[1]		
2010	607,43	371,95
2015	1.044,75	636,74
2017	1.223,46	700,32
2018	1.337,24	759,93
Participação percentual da despesa com pessoal na despesa total com Saúde[2]		
2010	52,19	47,31
2015	57,89	44,98
2017	58,81	45,40
2018	58,86	43,63
Percentual de recursos próprios municipais em saúde, de acordo com EC-29[3]		
2010	30,70	20,37
2015	32,93	23,27
2017	34,41	24,20
2018	34,60	22,93
Transferência Fundo a Fundo (Competência) - para Bloco de Atenção Básica dos Municípios (valor líquido em reais)[4]		
2010	49.786.279,12	-
2015	72.171.014,94	-
2017	68.405.626,88	-

Método de Cálculo:
Legenda:
1. Representa a despesa total com Saúde (exceto inativos), inclusive aquela financiada por outras esferas de governo, por habitante.
2. Representa a participação das Despesas com Pessoal (exceto inativos) no total das despesas com Saúde.
Fontes:
1, 2, 3. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Disponível em: http://siops-asp.datasus.gov.br/cgi/siops/serhist/MUNICIPIO/indicadores.HTM.

. Censo (2010) e Estimativa de População (2018).
4. Fundo Nacional de Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica/MS (SAGE/MS). Disponível em: http://sage.saude.gov.br/#.

3.3 Organização da rede e cobertura da Atenção Básica

Na atualidade a rede de saúde do município de Teresina está organizada em quatro regiões que congregam todos os serviços do SUS de seu território, em especial as unidades básicas de saúde e suas equipes multiprofissionais.

Iniciada implantação do PSF em 1994 com projeto piloto com três equipes, em 1998 Teresina contava com 40 equipes (Tabela 12). Com expansão progressiva ao longo de mais de 20 anos em abril de 2019, um total de 263 equipes de saúde da família e 244 equipes de saúde bucal estava em atividade no município.

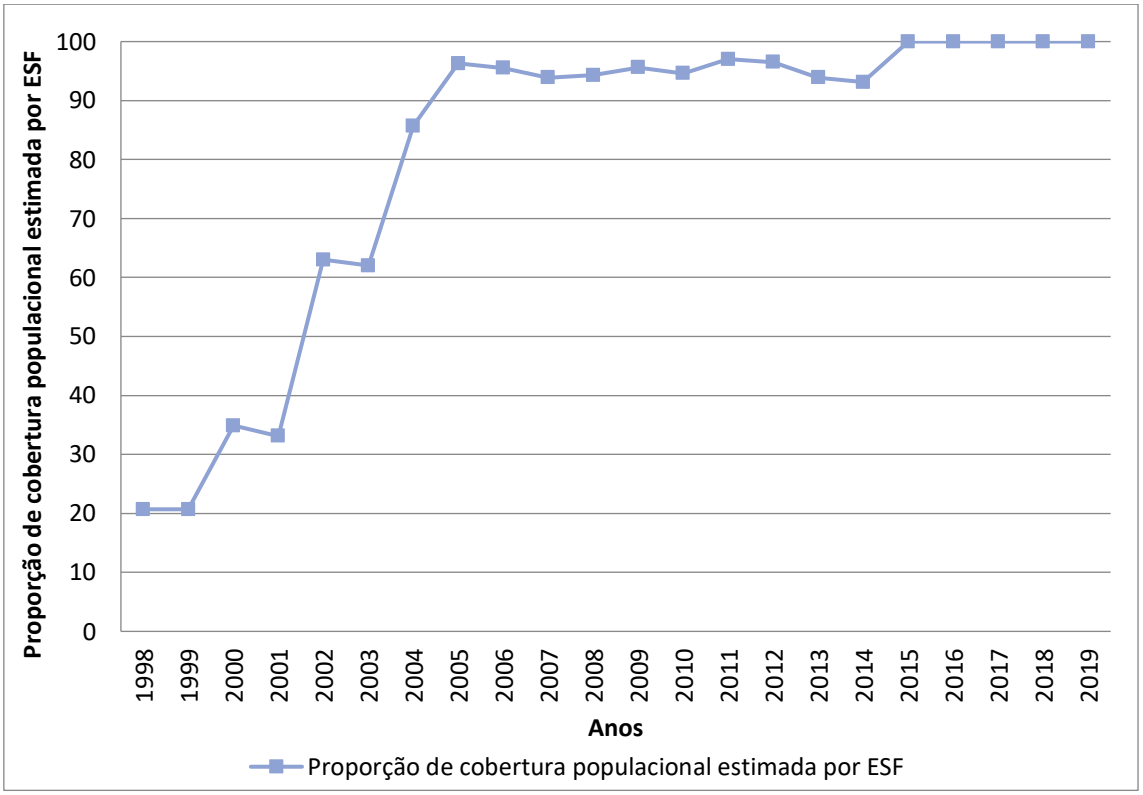
Tabela 12 – Indicadores de cobertura e número de equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, Teresina/PI, nos anos de 1998 a 2018.

ANOS	ESF implantadas	Estimativa da População coberta por ESF	Proporção de cobertura populacional estimada por ESF	ESB implantadas
1998	40	138.000	20,7%	0
1999	40	138.000	20,7%	0
2000	70	241.500	34,9%	0
2001	70	241.500	33,1%	0
2002	133	458.850	63,0%	0
2003	133	458.850	62,0%	69
2004	187	645.150	85,7%	116
2005	210	724.500	96,3%	124
2006	219	755.550	95,5%	135
2007	219	755.550	93,9%	145
2008	220	759.000	94,3%	162
2009	220	759.000	95,6%	167
2010	220	759.000	94,6%	175
2011	229	790.050	97,0%	175
2012	230	793.500	96,5%	175
2013	226	779.700	93,9%	211
2014	224	772.800	93,1%	205
2015	258	830.231	100%	231
2016	247	830.231	100%	225
2017	248	830.231	100%	227
2018	263	847.430	100%	241

Fonte: e-Gestor Atenção Básica/MS. Relatórios Públicos. Histórico de Implantação de Equipes, considerando a competência de Dezembro dos anos de 1998 a 2018 e a competência de Setembro de 2019 (última competência disponível no acesso).

Com implantação de mais de 50 novas equipes em 2004, a cobertura ultrapassou os 80% no ano. Desde 2005, a cobertura estimada por ESF em Teresina ultrapassa os 90% tendo alcançado 100% em 2015 (Tabela, 12 e Gráfico 1)

Gráfico 1 – Evolução da cobertura populacional estimada por ESF, Teresina/PI, 1998 a 2019



Fonte: Elaboração própria, a partir do site e-Gestor Atenção Básica/MS. Relatórios Públicos. Histórico de Implantação de Equipes, considerando a competência de Dezembro dos anos de 1998 a 2018 e a competência de Setembro de 2019 (última competência disponível no acesso).

A cobertura universal pelo total da atenção básica em Teresina foi alcançada mais precocemente (Tabela 13). Teresina se destaca entre as capitais também na cobertura por equipes de saúde bucal no país (Matos, 2014), que alcançou em 2015 mais de 90% da população.

As equipes da ESF contam com o suporte de profissionais de apenas três Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Estes têm por objetivo trabalhar sob a lógica da interdisciplinaridade e apoio à organização da clínica e do cuidado em saúde a partir da integração com as atividades das Equipes de Saúde da Família e no território do usuário. As equipes NASF são compostas pelas categorias profissionais: psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais e educadores físicos. Estão vinculadas às ESF que atuam nos territórios Norte, Sul e Leste.

Tabela 13 – Indicadores de cobertura e número de equipes de Atenção Básica, Teresina/PI, nos anos de 2007, 2010, 2015 e 2018.

INDICADOR	2007		2010		2015		2018	
	ESF	Total AB	ESF	Total AB	ESF	Total AB	ESF	Total AB
Cobertura populacional estimada na ESF[1] e na AB[2]	93,9%	100%	94,6%	100%	100%	100%	100%	100%

INDICADOR	2007			2010			2015			2018		
Cobertura populacional estimada pela Saúde Bucal na ESF e na AB[2]	62,4%		70,6%	75,7%		78,5%	92,8%		99,2%	97,8%		98,7%
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF)[3]	-			80,1%			53,4%			69,9%		
Número de Equipes implantadas[1]	**ESF**	**ESB**	**NASF**	**ESF**	**ESB**	**NASF**	**ESF**	**ESB**	**NASF**	**ESF**	**ESB**	**NASF**
	219	145	0	220	175	0	258	231	3	263	241	3

Total cobertura AB: O percentual de cobertura Estratégia Saúde da Família (ESF) está incluído no Total de cobertura AB, representando o quanto da Atenção Básica que tem o modelo da ESF.

Fontes:

1. e-Gestor Atenção Básica/MS. Relatórios Públicos. Histórico de Implantação de Equipes, considerando a competência de Dezembro do ano relacionado.

2. e-Gestor Atenção Básica/MS. Relatórios Públicos. Histórico de Cobertura. Cobertura de Atenção Básica e Cobertura de Saúde Bucal, considerando a competência de Dezembro do ano relacionado.

3. Anos de 2010 e 2015: DATASUS/MS. Indicadores de Saúde e Pactuações. Ano de 2018: Bolsa Família na Saúde/SAPS/MS. Relatórios Públicos do BFA. Dados Consolidados do Resultado de Acompanhamento de Condicionalidades da Saúde - 2ª/2018.

Em 2019 estão instaladas em Teresina 90 UBS e três pontos de apoio em áreas rurais. De modo geral, as UBS dispõem de mais de uma equipe de ESF. Em mais da metade das UBS (47) atuam três ou mais ESFs.

A presença de mais de uma equipe por UBS facilitou a implantação de uma estratégia de ampliação do acesso aos usuários, mediante a organização de turnos contínuos de atendimento em cada UBS, com número menor de 40 horas trabalhado por equipe. Esta particularidade dificultou à adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), apenas 36 equipes fizeram adesão ao PMAQ, o que significou a ampliação da carga horária de seus profissionais para 40 horas semanais com incentivo financeiro específico, para os profissionais, definido em legislação municipal, conforme será detalhado no item 5.3.

Tabela 14 – Número de equipes de Saúde da Família por UBS, Teresina/PI, 2018

Número de ESF	Quantidade de UBS
1 ESF	17
2 ESF	24
3 ESF	12
4 ESF	20
5 ESF	10
6 ESF	5
Total	90

Fonte: FMS, 2019

3.4 A gestão do SUS e a Fundação Municipal de Saúde de Teresina

O órgão gestor do SUS em Teresina é a Fundação Municipal de Saúde (FMS) que assume todas as funções de uma Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Foi criada em 1977 por meio da Lei Municipal nº 1.542, vinculada à antiga Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social, com funções mais restritas. Em 1996, quando Teresina foi habilitada em gestão plena do sistema pela NOB 96, a FMS assumiu a gestão do SUS e a SMS foi extinta.

A FMS sofreu diversas mudanças organizacionais ao longo do tempo. Uma das mais importantes foi a descentralização administrativa com divisão em três órgãos em 2013 com atribuições específicas: a FMS com atribuições sobre a Atenção Básica, a Fundação Hospitalar de Saúde com responsabilidade de gestão dos hospitais, e a recriação da SMS com funções de planejamento e coordenação. Todavia, em 2017, a estrutura gerencial da saúde voltou a ser reunificada na FMS.

A FMS se constitui por lei como pessoa jurídica pública de direito privado. Órgão de administração indireta apresenta autonomia administrativa e financeira e está vinculada à Secretaria Municipal de Finanças, conforme reza seu estatuto:

"*Art. 1º - A Fundação Municipal de Saúde - F.M.S. - pessoa jurídica pública de direito privado, com autonomia administrativa e financeira, vinculada, para efeito de supervisão e fiscalização, à Secretaria Municipal de Finanças, tem por objetivo o planejamento e a execução da política de saúde do Município de Teresina, desenvolvendo atividades integradas de prevenção, proteção, promoção e recuperação da saúde.*" (Disponível em: http://www.fms.teresina.pi.gov.br/estatuto)

Como estatal, entidade da administração indireta, deve a fundação pública de direito privado se nortear pelas regras dos concursos públicos e das licitações para sua orientação e controle pelo Tribunal de Contas. Sua atuação está também sujeita aos limites da Lei de Responsabilidade Fiscal. Até meados dos anos 1990, o entendimento jurídico era que fundações públicas, de direito público ou privado, por serem públicas deveriam submeter-se ao regime jurídico único para contratar servidores. Desde 1998, no entanto, as fundações públicas de direito privado podem sujeitar-se ao regime estatutário ou ao regime trabalhista da CLT, a depender da legislação que a estabelecer (Rayol, 2017). Não obstante, independente do regime trabalhista, aplicam-se aos empregados dessas fundações as restrições de nível constitucional, como, por exemplo, a vedação à acumulação de cargos e empregos, e a necessidade de prévia aprovação em concurso público de provas ou de provas e títulos antes da contratação dos empregados (Rayol, 2017).

Um dos aspectos mais destacados para eleger-se modalidades de gestão no setor público, distintas da administração direta, seria a contratação de pessoal com mais flexibilidade e nas condições de mercado. Argumenta-se que sem incorporação ao regime jurídico único e correspondente sistema de aposentadorias, estas modalidades onerariam menos o setor público.

A FMS de Teresina, no entanto diferentemente de outras fundações públicas de direito privado, seguindo a legislação de sua criação, mantém a obrigatoriedade de concurso público para contratação de seus servidores. Seus empregados, cerca de onze mil, em sua maioria são servidores públicos municipais efetivos, estatutários. Em dezembro de 2019, 80% dos empregados da FMS Teresina são estatutários.

A FMS está subordina aos limites de contratação de pessoal pela Lei de Responsabilidade Fiscal

A FMS, por seguir os ditames da boa gestão pública, com potencial de maior flexibilidade, autonomia e agilidade na gestão, distingue-se assim das novas modalidades de gestão que inspiradas nas diretrizes da *new public management* (Teixeira et al., 2018) foram difundidas, na esteira das políticas de reforma do Estado na perspectiva de constituição de um Estado mínimo, com transferência da provisão de serviços sociais ao setor privado. Todavia, na experiência brasileira, o alcance de maior flexibilidade nestas modalidades de gestão tem ocorrido, em geral, sem garantias, com frouxo controle público e baixa capacidade de controle institucional e social (Sano e Abrúcio, 2008).

Em Teresina, toda a infraestrutura assistencial da atenção primária e em grande parte a atenção especializada e hospitalar é de propriedade municipal com gestão e prestação estatal. No entanto, para a atenção especializada são contratados serviços privados.

Não se trata, portanto, de uma transferência de provisão da atenção básica para o setor privado como ocorre em algumas capitais com organizações sociais (OSS). No Brasil, a partir dos anos 1990, difundiram-se novas modalidades de gestão que mais recentemente foram também estabelecidas no setor saúde e na Atenção Básica. Estudo realizado por Teixeira et al. (2018) a partir de dados do IBGE informa que em 2013, 1.216 municípios brasileiros (21%) haviam estabelecido algum tipo de contrato na área da saúde com Organizações Sociais, com maior presença em grandes centros urbanos como São Paulo e Rio de Janeiro. Não obstante, a maior parte dos profissionais das equipes de saúde da família brasileiras, assim como ocorre em Teresina são contratados pela administração pública direta. Segundo dados do PMAQ-AB, em 2014, 77% das equipes eram contratadas diretamente pelas Secretarias Municipais de Saúde (Giovanella et al., 2018).

O presidente da FMS exerce o cargo de Secretário Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde está constituído como órgão colegiado de caráter permanente, deliberativo e fiscal e de composição paritária, conforme lei específica de 1991. Um representante do CMS integra o colegiado deliberativo da FMS como observador.

Estudos mais detalhado sobre a modalidade gerencial da FMS seriam necessários para melhor analisar vantagens e desvantagens desta opção para a sustentabilidade do SUS municipal. Por se tratar de órgão da administração indireta, a FMS está submetida a regras da boa gestão pública de imparcialidade, moralidade, impessoalidade e eficiência. Parece não estar capturada por interesses de mercado ou orientar-se por *ethos* comercial, ademais de provavelmente incorrer em menores gastos administrativos, pois não se constitui em uma forma de terceirização.

4. Contexto Político Institucional e Social da Inovação

O processo de universalização da Estratégia Saúde da Família em Teresina teve como contexto a assunção pelo governo de Teresina de responsabilidades ampliadas na atenção à saúde com a habilitação na NOB 96 e a articulação de um conjunto de atores e lideranças que impulsionaram o processo com continuidade gerencial. Silvio Mendes exerceu função de direção da FMS por dez anos entre 1994 e 2004, o que facilitou a manutenção de direcionalidade na política de saúde local e na construção do SUS local na busca de acesso universal à atenção à saúde para toda a população por meio de estrutura assistencial pública.

A continuidade de um mesmo grupo político no poder, com atuação setorial e na gestão municipal em geral, e com participação de um mesmo ator em diferentes postos de comando, passando de dirigente setorial da saúde na FMS e consecutivamente a prefeito, conforma o contexto de implantação da "inovação" mantendo a direcionalidade da política ao longo do tempo, e possibilitando sua realização.

Os atores entrevistados foram unânimes em registrar o alcance da cobertura universal e que o atual momento seria um momento não mais de expansão, mas de maior qualificação da AB.

As estratégias político institucionais para implantar a inovação que no caso Teresina é a universalização da cobertura por ESF pela via pública em uma capital, confunde-se, portanto, com a própria constituição do SUS no município, desde seus momentos iniciais.

4.1 Contexto inicial e processo de planejamento e implantação

Atores, com diferentes pertencimentos, se referiram às condições de acesso antes do SUS como uma "situação de indigência". Vivia-se a experiência do não acesso, definida pelo seguro social previdenciário que excluía a maior parte da população. Situação emblemática era a doação de sangue "compulsória" pelos ditos indigentes:

> *Você pegar duas pessoas da mesma cidade, com o mesmo problema, esse tinha cartão* (do INAMPS)*, esse aqui não... Então era essa a realidade nossa. Eu estou falando do hospital público. O privado nem acesso tinha. O térreo era onde internava os indigentes e o segundo e terceiro andar era onde tinha os previdenciários, paciente privado e tal. O paciente indigente para internar precisava doar sangue para os outros. Era o indigente que sustentava o hospital, o mais miserável.* (30P)

Esta seria uma "memória que não pode ser esquecida" (30P), sobretudo diante dos ataques ao SUS, um "patrimônio" de Estado.

Os atores pioneiros, formado por um conjunto de profissionais do SUS de Teresina, da academia e do controle social, destacaram que a experiência da universalização do SUS teria sido iniciada pelo Piauí, ao final da década de 1980, favorecida pela presença de atores com importante capital social no INAMPS e no Ministério da Saúde, elemento que, inclusive, favoreceu a formação de quadros dirigentes locais. Teresina assumiu a

gestão plena do sistema em 1996, em tempos nos quais ainda não se pensava em redes de atenção à saúde, mas em conhecer, quantificar e aumentar a oferta. Ao assumir a gestão plena, o município ganhou fôlego financeiro ao responsabilizar-se pelos contratos com o setor privado, bem como prover serviços de saúde para os municípios do interior (Costa et al., 1999). Ao mesmo tempo, se diferenciou em relação a muitas capitais do sul e sudeste que permaneceram como gestores da Atenção Básica (Sisson et al, 2011)

Atores do controle social destacaram que Teresina foi um dos "pontos de partida" do movimento municipalista nacional. Mesmo diante de um cenário complexo e de incertezas, à época, a decisão política foi de fortalecimento do SUS municipal, ainda que os limites fossem tênues:

> *Quando foi em 96, nós assumimos a gestão da seguinte forma: a gente não conhecia o sistema, não conhecia a rede, não conhecia o teto financeiro, não tinha nenhuma informação, não tinha gente para cuidar, não tinha nada. E o que fez a gente criar coragem para assumir? Uma cidade complexa, que recebia gente do Maranhão, Pará, Amapá... Tudo vinha para cá. O Piauí todo vinha pra cá.* (...) *Como eu era do Ministério da Saúde eu trouxe muita gente de lá para cá. A equipe do controle e avaliação, o pessoal que conhecia o sistema*... (30P).

A Fundação Municipal de Saúde, instituída em 1977, favoreceu a criação de um polo de saúde que atendia a todos os municípios do estado. O principal condicionante para a concentração da oferta de serviços de saúde em Teresina, que também servia de referência para estados do Maranhão e Pará, foi a concentração de médicos na capital:

> *Nós somos um polo de saúde que atendemos a todos os municípios do estado do Piauí. E por quê? Porque aí já entra um dos componentes da dificuldade da gestão da saúde pública. É que os médicos todos estavam situados na cidade de Teresina. (...) porque nós não tínhamos profissionais médicos que quisessem atuar nos municípios do interior porque é um estado pobre. Nesses últimos 40 anos as estradas eram ruins, então toda a atenção de saúde era feita no município de Teresina*. (17 G)

Em 1997, começou a operar no município a central de regulação para todo o estado, visto que a capital era cenário de filas enormes que se formavam nas portas dos serviços e de venda ilegal de marcações de consultas e exames. Naquele momento, houve a definição de cotas para 46 municípios do interior, reguladas por Teresina. Até mesmo indicadores como a Taxa de Mortalidade Infantil era influenciada pelo fluxo de usuários do interior e de outros estados. Posteriormente, a oferta de urgência e maternidade foi sendo organizada pelas quatro regiões que compõem Teresina, inclusive para atendimento às demandas dos municípios do interior.

A decisão política pela implantação do SUS e da APS foi favorecida pelo consenso em torno de um projeto de políticas públicas universais e inclusivas e pela continuidade administrativa. Em um "ranqueamento" educação e saúde foram prioridades consensuais de sucessivas administrações municipais, resguardadas de disputas político-partidárias, que, por exemplo, mantiveram-se nas administrações estaduais:

> *Todo aquele momento pós Constituição Federal que garantia um conjunto significativo de direitos sociais, houve uma mobilização da sociedade, da classe política para articular as primeiras políticas sociais, políticas públicas nas várias áreas. Então, a década de 90 foi muito fértil no estabelecimento dessas políticas públicas, especialmente com a área social. Tivemos o ECA, na criança; tivemos LDB na educação; nós tivemos a LOAS na assistência social e nós tivemos a Lei Orgânica da Saúde.* (46PM)

Entre os resultados do investimento nas políticas sociais, estão as avaliações positivas e reconhecimento nacional em relação ao ensino fundamental em Teresina e a ampliação da universalização do ensino infantil. No ano de 2017, dados de avaliação do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) apontou Teresina como a capital com a melhor educação nos primeiros anos do ensino fundamental do país (O Globo, 2018).

4.2 Da implantação da ESF em Teresina: decisão política, primeiros resultados e mobilização social

Teresina aderiu ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) somente em 1994, priorizando áreas rurais, vilas e favelas, sendo a seleção dos ACS e enfermeiros realizada pelo estado. Foi mencionado amplo apoio político do Secretário Estadual de Saúde, que presidia o CONASS à época. Ainda assim, no município, houve receio em relação ao programa, sobretudo por não se ter uma definição clara quanto à política de recursos humanos do governo federal.

Antes da implantação da ESF, o município contava com uma rede de UBS restrita nas quais atuavam clínico geral, pediatra, ginecologista e enfermeiro. Assim como no caso do PACS, havia incertezas quanto à decisão de implantar o Programa Saúde da Família (PSF), pelo caráter programático da política e incertezas quanto à continuidade. Além disso, Teresina já possuía uma rede de serviços de saúde, com serviços de Atenção Básica, o que exigiu estratégias de convencimento e "conversão" dos ambulatórios/centros de saúde para o modelo ESF. Houve resistência e desconfiança dos profissionais e entidades representativas das categorias profissionais, posteriormente gradualmente superadas. Mesmo assim, o direcionamento político firme em não manter o paralelismo entre dois modelos de APS.

A adesão à ESF teve forte influência do gestor municipal à época (Silvio Mendes), presidente do CONASEMS, determinado em enfrentar o cenário de extrema pobreza e vazios assistenciais da cidade:

> *E aí no momento desse processo inicial era interesse do gestor da época, ele realmente acreditou na proposta, achou que a gente ia dar uma resposta, a melhor... Como a gente começou pelas áreas mais desassistidas teve um impacto bom para a população, de reconhecer que estava trazendo uma melhoria, realmente, que a gente começou pelas áreas que não tinham um atendimento sistemático. O atendimento em zona rural, vilas e favelas era feito pontualmente: uma, duas vezes na semana ia uma equipe naquela região pra fazer o atendimento. Então, foi um ganho porque começou a ficar uma equipe de segunda a sexta, de*

forma sistemática, e com essa novidade na época que o programa trouxe, que foi a gente trabalhar por territórios definidos. Porque até então era aquela demanda espontânea. (34P)

O nosso gestor na época, então foi uma decisão política dele... Ele era assim, tinha muitas ideias inovadoras e se inquietava muito. Então nós tínhamos naquela época bolsão de pobreza mesmo (...) Quando o Ministério da Saúde lançou, ele não pensou duas vezes. Achou que era o momento que ele tinha para fazer isso. E aí ele começou com essas três equipes... (36P)

A fase inicial de implantação contou com consultoria de um médico, que permaneceu no município, e de uma enfermeira cubanos que vieram à Teresina, além de visitas de profissionais do município à Cuba para conhecer o sistema de saúde e se apropriar de estratégias como o Planejamento Estratégico Situacional:

Fomos nós três (dois médicos e uma enfermeira das primeiras equipes). Lá (em Cuba) nós fizemos o treinamento e inserimos o que aprendemos em Teresina, o que nós aprendemos lá pela experiência de Cuba. Porque Cuba tinha 12 anos (de APS). Foi o primeiro país, não é? Tinha esta vivência lá, trouxemos para cá. (37P)

Também houve influência da experiência do Ceará, a partir da atuação dos agentes comunitários nos sertões, e do UNICEF. Técnicos de Teresina foram ao sertão do Ceará conhecer a experiência.

A implantação da ESF no município iniciou-se em 1994 com três equipes em áreas de extrema vulnerabilidade social, inclusive uma na área rural, ainda sem estrutura de serviços de saúde, utilizando-se casas alugadas ou espaços cedidos:

Porque caso contrário não começava. E as coisas eram assim, era uma invasão paupérrima que não tinha nada... E o dono do bar aceitou. Se ele aceitou, pronto, como a gente não pagava nada... A enfermeira, a Dona Rosa, passou dois anos ali. Com toda paciência... Então isso foi uma coisa interessante, foi uma experiência muito rica. (30P)

Ressaltou-se grande mobilização dos movimentos sociais em defesa da ESF e para sua expansão, que em um momento inicial, se concentrou em áreas de maior vulnerabilidade. A ESF foi considerada estratégica para o enfrentamento de determinantes sociais que impactavam na saúde, com forte ênfase em ações de promoção da saúde e prevenção:

Inclusive fiz (médico ESF à época) uma grande mobilização que foi no dia da entrega de uma ambulância. A prefeitura de Teresina entregou a ambulância e nós entregamos aqueles filtros para água, e foi uma comoção, foi tipo uma festa da saúde, não foi? Muito emocionante! A comunidade toda participando. Deu a entender que eles entenderam o que é médico da família. (37P)

O grupo dos pioneiros ratificou o orgulho de ter participado do momento inicial de implantação da AB nos moldes da ESF e que a sustentabilidade foi decorrente não apenas da continuidade administrativa, mas do amplo reconhecimento e apoio da população:

> *Para mim, a questão principal do início da implantação foi essa interação com a comunidade, essa interação de tal forma, eu não sei se é porque a comunidade estava ansiosa exatamente pela espera de alguma coisa, mas assim, foi tão, tão forte!* (38P)

Depois da experiência piloto, implantou-se mais 17 equipes e, entre 2001 e 2002, alcançou-se cobertura de 100% de ACS. As equipes atuavam em equipamentos diversos: centros de saúde, locais improvisados e até em hospitais. Em seguida, iniciou-se o planejamento para que a cobertura atingisse todo o município.

Os atores ressaltaram os bons resultados em relação aos indicadores de saúde e também a aceitação por parte da população, que passou a reivindicar atendimento pelas equipes de SF. Houve queda da mortalidade infantil nas áreas cobertas, sendo o primeiro grande resultado a queda da desnutrição, importante causa de morbidade e mortalidade entre crianças de 0 a 5 anos.

O enfoque territorial e a ação comunitária foram marcas da experiência em seu início. À época, com recursos comunitários – igreja, associação de moradores, conselho local de saúde – implantou-se um centro municipal de produção de multimistura em uma comunidade:

> *Um trabalho lindo, voluntário, onde se levou também a cabo um outro princípio do SUS que é a responsabilidade social: quem fazia o programa se operacionalizar, da multimistura, eram as mães de crianças desnutridas, voluntárias, junto com os agentes comunitários de saúde, nós, enfermeiros, e médicos...* (33P)

A implantação da ESF representou a abertura da porta de entrada para o SUS onde não havia assistência. Nesse sentido, os primeiros dez anos foram considerados os mais impactantes em termos de resultados em saúde.

A partir de então, para a ampliação após a universalização do PACS, em 2002, o primeiro problema se relacionou à adesão dos profissionais médicos. Várias estratégias foram implementadas, sem atingir os resultados esperados, como por exemplo, a oferta de gratificação. A majoração da carga horária gerou muitos conflitos com a categoria médica. Inicialmente, se aceitou quatro dias de atendimento na ESF e um em plantão em hospital municipal. Após negociações, o envolvimento do CRM colaborou para a inserção dos médicos nas equipes de SF. Gradativamente foram construídas estratégias locais para a viabilizar a implantação da ESF, entre as quais turnos de atendimento corridos, mesmo em dissonância com as diretrizes nacionais. Posteriormente, pela suficiência de profissionais e criação de Plano de Cargos, Carreiras e Salários para a ESF, o cumprimento de um dia de plantão hospitalar não foi mais necessário, mantendo-se o turno corrido até os dias atuais. Ressalta-se que em Teresina o PMM não foi implantado, pois havia suficiência de médicos: não havia equipes sem médicos.

Em síntese, melhoria dos indicadores de saúde, ação comunitária e vontade política foram indicados como os fatores que impulsionaram a expansão para as primeiras 20 equipes de SF, momento considerado sem grandes dificuldades. Mesmo ocorrendo em condições adversas, os impactos foram fortes. Hoje, considera-se que foi estabelecido um sistema de atenção básica sólido no município e que mesmo com mudanças nas

representações políticas, não haveria condições para se criar “solavancos” diante de uma estrutura sedimentada:

> *Em primeiro lugar, é uma decisão de natureza política, de que nós temos que ter uma atenção básica como forma de atendimento, de acolhimento e também até sobre o ponto de vista estratégico de redução de gastos com relação à atenção especializada, com o sistema. Eu estou falando como sistema. (...)Então, se eu tenho uma capacidade, uma capilaridade para atender a toda a cidade através da atenção básica, eu tenho que fazer com que essa atenção básica funcione bem para minorar a busca por atenção hospitalar, para minorar a busca de outro serviço. Eu gosto sempre de dizer o seguinte: se a população brasileira conhecesse como é que funciona o Sistema Único de Saúde, conhecesse a importância da atenção básica nós teríamos uma procura muito menor dos hospitais.* (17G)

5. Estratégias para consolidação da ESF

O estudo de caso realizado em Teresina mostrou que, para a expansão com universalização da cobertura, um conjunto de ações foram empreendidas para garantir a qualificação da ESF, entre as quais destacam-se: a ampliação, reforma e construção de UBS majoritariamente com recursos da política federal Requalifica-UBS, associada à informatização das unidades com implantação do e-SUS AB/PEC pelo QualiSUS/Redes, regulação do acesso à atenção especializada e organização do complexo regulador com central de regulação, além de outros sistemas para monitoramento das saúde bucal e assistência farmacêutica; escopo ampliado de práticas com garantia de exames clínicos laboratoriais e desenvolvimento de ações comunitárias, com forte vetor de participação social.

5.1 Qualificação da estrutura física das UBS

A melhoria da infraestrutura foi fundamental para a consolidação da ESF. Atualmente, em 2019 são 90 UBS, que cobrem 862.000 habitantes de Teresina mais moradores de municípios do interior que procuram a capital para atenção à saúde.

Na fase inicial da expansão, a estrutura física não era adequada para abrigar os profissionais, os serviços e os usuários. Algumas equipes iniciaram atendendo em locais improvisados, muitas vezes cedidos pelas comunidades, como casas alugadas e prédios cedidos por instituições sem fins lucrativos ou em espaços públicos como hospitais ou unidades mistas.

Em 1998, Teresina contava com 40 UBS com especialidades básicas e gradualmente foram implantadas equipes nas UBS existentes. A conversão do modelo assistencial foi sendo tensionada ("forçada"), pois não havia onde abrigar as novas equipes. No segundo momento para permitir a expansão foram utilizados a estrutura física de ambulatórios dos hospitais municipais, imóveis cedidos ou alugados. Tentativas de manter os especialistas da rede nas unidades de saúde não foram exitosas, exigindo várias etapas de negociação e articulação, com envolvimento também do CMS e contínuo apoio do gestor municipal.

A partir de 2009, a Fundação Municipal de Saúde instituiu uma política de requalificação das Unidades Básicas de Saúde com financiamento do Ministério da Saúde e recursos próprios, visando melhorar a ambiência para os profissionais de saúde e usuários. Gradualmente os serviços ofertados na Atenção Básica em todas as UBS foram ampliados e qualificados.

A partir de 2011, esse processo se intensificou, com recursos do Requalifica-UBS; um dos eixos do Programa Mais Médicos, por também representar elemento importante para atração e fixação de profissionais na APS (Brasil, 2013). Foram contemplados 87 projetos no Requalifica UBS sendo 33 relativos à construção de novas UBS. A adequada ambiência das UBS, com consultórios médicos e de enfermagem, sala de grupos, sala de ACS, informatização, etc, puderam ser verificados durante as visitas *in locu*.

O Requalifica UBS permitiu concluir a expansão e estabelecer uma rede com infraestrutura com bom padrão de qualidade, com UBSs climatizadas, informatizadas e com ambiência adequada para receber os usuários. Das atuais 90 UBS, 75 já foram

renovadas: 40 foram construídas e 35 reformadas ou ampliadas. Em 2019, outras sete UBSs estão com construção em andamento e quatro em projeto para construção, totalizando 86 UBS. As quatro UBS restantes estão em análise pela Equipe Técnica da Diretoria 350de Atenção Básica / Gerência de Engenharia para serem contempladas com reforma ou construção.

Foto: UBS em Teresina, 2019

5.2 Informatização para a qualificação da Atenção Básica

Outro ponto positivo e destacada ação para qualificação da AB foi a informatização da rede, decisão política que veio junto com a implantação do e-SUS AB/PEC. O processo foi iniciado a partir de julho de 2014. A informatização ocorreu praticamente sem injeção de recursos municipais, uma vez que os computadores foram adquiridos via QualiSUS Redes e as capacitações realizadas pelos servidores. Em 2017 foi criada uma gerência específica para a informatização da rede, a GISAB (Gerência de Informação em Saúde para a Atenção Básica). Um grande desafio foi a capacitação dos profissionais das 263 equipes. Neste processo, a FMS identificou as UBS sem internet, desenvolveu estratégias para acesso por cabeamento ótico ou via rádio e atualmente todas UBS estão conectadas, embora problemas tenham sido relatados durantes as visitas.

Um aspecto interessante em relação à capacitação para utilização do e-SUS foi a inclusão digital promovida por este processo, principalmente para os profissionais de nível médio. As capacitações foram iniciadas com médicos, enfermeiros e dentistas, com ajustes nos processos de trabalho durante a implantação do PEC, como, por exemplo, diminuição do número de atendimentos para que os profissionais pudessem se apropriar do sistema. Em 2018 foi iniciada a capacitação com os ACS. Num primeiro

momento houve resistências, alegando-se que não era função do ACS realizar digitação. A superação do conflito contou com a mediação do sindicato. Atualmente há um projeto piloto com utilização de tablets pelos ACS do e-SUS AB Território. Também foi desenvolvido pela Gerência de Informações de Tecnologia- GTI em conjunto com a Gerência de Saúde Bucal (GESB) um sistema de monitoramento diário do funcionamento dos consultórios de saúde bucal para agilizar abastecimento de insumos e manutenção de equipamentos.

Este processo é relatado com mais detalhes a seguir.

A informatização das UBS começou de forma incipiente. Inicialmente havia internet apenas na sede. Posteriormente, por uma decisão política da gestão a internet foi descentralizada a partir do e-SUS com o objetivo de conectar os prontuários eletrônicos. A informação sobre a produção pelo SIAB era manual, por meio de impressos, com dados consolidados, digitados e posteriormente enviados. O e-SUS foi lançado em 2013, e em Teresina a implantação iniciou em meados de 2014, com substituição do SIAB, e seus impressos de forma gradual (Gráfico 2). A FMS decidiu então apostar no prontuário eletrônico único, com o servidor centralizado numa rede de internet, com banco de dados na Prodater, Empresa Teresinense de Processamento de Dados, empresa pública municipal responsável pelo armazenamento de todo sistema de informação do município.

A transição não foi simples pois o sistema anterior, o SIAB era bem conhecido, além da preocupação dos gerentes com perda de dados na migração. A implantação do e-SUS com prontuário eletrônico iniciou com duas equipes. Em 2016, por meio de um financiamento do Quali-SUS Redes do Ministério da Saúde, a FMS recebeu 480 computadores e 80 servidores, que permitiram expandir a informatização pela cidade. Todo o treinamento foi realizado pela GISAB, em trabalho diuturno e persistente. Em parte dos territórios das UBS não havia disponibilidade de internet. Foram necessárias iniciativas para instalar fibra óptica ou rede de rádio e alcançar internet em todas as unidades:

> (…) *Então o primeiro passo era: identificar as unidades básicas sem internet e garantir que chegasse internet lá. (…) A gerência de tecnologia e informação se comprometeu, junto com a empresa prestadora de serviço, de instalar ou fibra óptica ou rede de rádio, internet em 100% (...) e aí a gente partiu para o rumo da aquisição de máquinas e treinamento*. (12G)

Com internet e computadores adquiridos, iniciou-se o treinamento de todos os profissionais, em parte não acostumados ao uso de computadores:

> *(…) Então à medida em que a gente conseguia as máquinas, essas máquinas chegavam …no patrimônio, a gente agendava com as equipes e fazia o treinamento em três etapas. A primeira etapa é a parte teórica do uso do sistema. (...) mas se você chega pra um profissional que tá começando* (no uso de computador) *você vê que seu desafio vai muito além do simples uso do prontuário eletrônico. Ele vai precisar da informatização básica: ligar o computador, reconhecer o hardware e software... mesmo pessoal do nível superior…* (12G)

A proposta da gestão era que o e-SUS deveria estar instalado até o final de 2017, um desafio importante para os gerentes que se empenharam em cumprir a meta. A capacitação foi iniciada com médicos, enfermeiros e dentistas. A instalação dos computadores foi gradual em cada UBS de modo a prover, no início, estes profissionais com computadores e à medida que todos os computadores foram instalados os outros profissionais também foram capacitados.

Para facilitar a capacitação de profissionais foram disponibilizados diversos pequenos manuais para orientar a alimentação dos sistemas de informação. Com auxílio de manuais elaborados pelos gerentes, orientadores da implantação do e-SUS/PEC, o treinamento foi realizado em três etapas: uma parte teórica sobre o sistema, uma prática testando em sala de aula o preenchimento do PEC, uma parte de acompanhamento do uso real nas UBS:

> *(…) Tinha dia da teoria … o dia da prática e o dia de vivência real na unidade básica. Uma coisa é você mostrar a teoria, outra coisa é você vivenciar… Tinha um sistema, um programa de teste pra gente ficar testando, pro profissional ficar usando no treinamento. Outra coisa é: como vai funcionar a rotina dentro da UBS no primeiro dia de funcionamento? Então a equipe descia e ia lá* (na UBS) *dando suporte: uma parte ficava no Same para atender os pacientes, a outra parte ficava com os profissionais, para as dúvidas que vão surgindo…* (12G).

Foram feitos ajustes nos processos de trabalho das equipes para adequá-los à implantação do sistema, e dado suporte para simultaneamente às equipes. Para não prejudicar o atendimento, o uso foi progressivo, com registro no PEC de apenas um número restrito de pacientes por dia, acordado com os profissionais, até que estes adquirissem alguma habilidade no uso:

> *…Então ficou definido: qual tempo você precisa para você avançar nesse prontuário? Um paciente por dia? No outro dia, dois? No outro dia, três pacientes? Até que você tenha total segurança do que está fazendo? Porque tão importante como usar, é saber como usar…* (12G)

Ao final de 2017, como planejado (cerca de um ano) todos os profissionais de nível superior estavam capacitados e o uso do PEC passou a ser obrigatório. Atualmente, no caso de admissão de novos profissionais, todos são capacitados antes de iniciarem seu trabalho na UBS. Em 2019, quando realizamos as entrevistas, todos os profissionais usavam o sistema e-SUS/PEC.

No processo de implantação, ocorreram conflitos com alguns profissionais que resistiram em usar o sistema:

> *(…) Mas a gente tinha que lançar mão de procedimentos administrativos em relação a: você está capacitado, você tem infraestrutura, o povo de Teresina investiu dinheiro em compra de computadores para melhorar o serviço dele, mas isso não é optativo... você não tem opção pra dizer, o profissional da ponta* (dizer): *olha, eu não quero. Eu fui treinado, mas eu não quero usar o prontuário eletrônico. Nós vamos dar toda condição para que você utilize da melhor maneira possível…* (12G)

Após finalizar a capacitação dos profissionais de nível superior, foi iniciada a capacitação dos ACS para sua incorporação ao novo sistema de informação. Optou-se pelo modelo CDS de digitação de fichas nos computadores devido a dificuldades financeiras para compra de tablets para os 1.400 ACS. Foi definida meta de treinamento de 100% dos agentes e organizados fluxos para alcançar todas as UBS. O treinamento dos ACS, constituiu em aula teórica e estágio prático na UBS.

Uma estratégia para redução da resistência dos ACS em assumir novas funções, já experenciada em momento anterior, foi o diálogo da gerência com o sindicato dos ACS. Esse diálogo, associado a uma nota técnica do MS que definia a responsabilidade dos agentes, facilitou a incorporação da função de digitação das fichas na atividade diária:

> *(…) boa relação com o sindicato... O ministério fez uma nota técnica … sobre essa situação do agente comunitário. O sindicato entendeu e não ficou incentivando esse tipo de atitude, até porque eles achavam que a gente queria punir. Eu digo: não, não quero punir ninguém…. só vou cobrar quando eu lhe der a condição de trabalho, lhe der o treinamento… O objetivo é chegar no fim do caminho com eles* (os ACS) *entendendo o processo e conseguindo digitar e tendo a informação para que a gente possa gerar esses dados, gerar informação, pra que a gente possa gerar processo de trabalho, e não uma punição… Então, com isso… conseguimos avançar para todos agentes comunitários de saúde*…. (12G)

Foi necessário organizar os processos de trabalho para gerenciar o uso dos computadores em cada UBS. Uma das questões apontadas pelos ACS era a dificuldade de acesso a computadores, pois estavam alocados a determinados profissionais. Definiu-se então que qualquer computador deveria poder ser utilizado por qualquer profissional da UBS, facilitando o acesso aos computadores e reduzindo resistências às novas funções:

> *Como é que a gente fez? Como é que a gente faz para gerenciar 30 máquinas* (tendo 40 ACS) *sendo que a gente sabe que em média 3 ou 4 máquinas estão ociosas... Então, o que a gente definiu: primeiro, não tem NENHUM computador exclusivo de ninguém. Nem um computador é do profissional! O computador é da instituição e deve ser utilizado pra esse fim. 'Ah, mas fulaninho disse que é meu…porque tem dados que são pessoais...'. Pois eu peço encarecidamente que retire … os arquivos pessoais, porque o município de Teresina comprou, os habitantes de Teresina compraram para que fosse usado em benefício deles, e não em benefício … disso e daquilo... Então eles* (ACS) *se sentiram bem nessa relação, e ….a gente viu também que era mais uma tentativa de eles se justificarem... Porque você vai botando barreiras, e a gente vai deslocando cada barreira"* (12G)

O processo de cadastramento da população no município é amplo, mas a inserção dos dados no sistema tem sido feita de forma gradual e apresenta dificuldades.

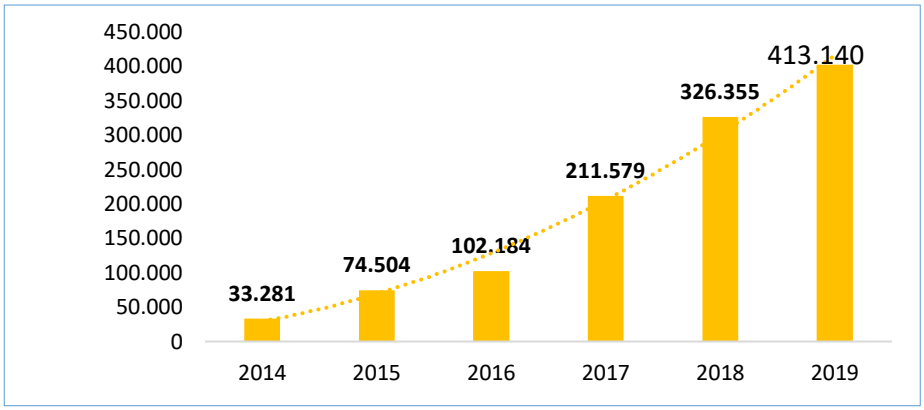
O processo de implantação do e-SUS é complexo, necessitando de equipamentos, rede de internet com boa conectividade, intensa capacitação dos usuários devido a mudança de versão, além das dificuldades iniciais, visto que muitos não possuíam conhecimentos prévios na área da informática.

Com a implantação do e-SUS, a lógica de cadastro dos Agentes Comunitários de Saúde foi modificada e passou a acontecer por indivíduo, diferente do SIAB. Em uso desde o ano de 1994, o SIAB utilizava uma lógica de cadastros por família e pessoas de maneira consolidada, em modelo incipiente e estático, de fácil operacionalização. Não exigia computadores nas UBS, rede de internet ou suporte de sistema complexo. Teresina alcançou registrar pelo SIAB ao longo dos anos 676.596 cadastros.

Dificuldades técnicas e operacionais no processo de implantação do e-SUS AB iniciado já em 2014 e como a operacionalização da estrutura de internet, aquisição de computadores, treinamento e adesão dos profissionais travaram o processo. Ainda que o município tenha adotado como estratégia prioritária a implantação do sistema e ao final do ano de 2017, 100% das Unidades Básicas de Saúde já utilizassem e-SUS PEC, o processo de registro individual é lento.

O cadastro individual vem acontecendo de forma contínua e apresentado uma com importante evolução quantitativa. Em abril de 2019, momento da vista à Teresina, estavam inseridas no sistema 350.773 pessoas. Em setembro de 2019 o município conta com 413.140 indivíduos cadastrados, como demonstra o Gráfico 2.

Gráfico 2 – Evolução dos Cadastros Individuais no sistema e-SUS/AB, Teresina (PI), 2014-2019 (set)



Fonte: Sistema e-SUS/AB de Teresina/QlikSense. Dados até setembro de 2019. Elaboração GISAB Teresina

Não obstante as dificuldades para cadastramento, os gerentes avaliam positivamente o sistema. Os relatórios do e-SUS permitem diversas análises para conhecer a população cadastrada cotidianamente. Relatório fornecido pela gerência no dia da visita (26/03/2019) demostrava que entre os 350 mil cadastrados, havia 3.355 gestantes, 13.493 pessoas com diabetes, 40.514 pessoas com hipertensão, 1.538 eram pessoas acamadas e 7% (24.893) possuíam plano de saúde.

Alguns ACS compraram tablets com seus próprios recursos, o que tornou o trabalho mais ágil e facilitado. Na experiência dos gerentes de informática, o uso dos aplicativos e-SUS nos tablets é muito mais fácil e ágil do que a inserção dos dados no sistema no desktop.

Os gerentes avaliam que com o e-SUS melhorou a qualidade da informação. Conhece-se melhor o número de pessoas cadastradas, reduzindo duplicações. Em Teresina, é

realizado monitoramento da produção e estabeleceu-se um processo de aprendizado da própria gerência com apoio de profissionais especializados na análise das informações disponibilizadas pelo e-SUS com inúmeras possibilidades de relatórios. Foi desenvolvido também um sistema com ferramenta de informática para análise de outras variáveis para monitoramento da atuação das equipes e melhor conhecimento da população usuária. Este também é um aprendizado contínuo de gerentes e profissionais para gestão da informação no uso dos relatórios territoriais operacionais disponibilizados pelo sistema. Na experiência dos gerentes locais, estes relatórios facilitam o monitoramento do acompanhamento dos grupos prioritários, permitem conhecer as principais demandas e traçar estratégias para melhorar o cuidado, respondendo às necessidades de um território/população.

Os relatórios do e-SUS apoiam a gestão no acompanhamento da produção e as equipes na melhoria da assistência ao permitir ter diagnósticos atualizados de seus territórios para orientar as intervenções. Ao mesmo tempo, a análise contínua dos relatórios permite aprimorar a informação ao detectar-se problemas de preenchimento em um processo contínuo de aprendizado coletivo de gerentes e profissionais:

> *Para uma equipe … que tem todos os seus cadastros, eu tenho: relação nominal de onde moram todas essas pessoas, relação de gestantes cadastradas, se foi feito peso, altura, IMC, risco cardiovascular. Então, partindo disso, eu já tenho uma série de informações que posso tomar providências para melhorar minha assistência. … Eu tenho ainda outro relatório: qual é a minha demanda espontânea? Eu tenho essa informação. Qual é a minha demanda agendada? Eu tenho essa informação. Posso ver por qual motivo as pessoas procuram mais a unidade básica de saúde? …quase nada de gestante, e hoje tem uma programação muito voltada pra criança e pra gestante. Mas eu tenho uma quantidade pequena de pacientes que nos procuram com essa demanda. Mas eu tenho uma (demanda) em saúde mental enorme, um número enorme…* (12G).

Em Teresina, o PEC de um usuário pode ser acessado a partir de qualquer UBS, proporcionando continuidade informacional mesmo quando o paciente procura outro estabelecimento que não aquele aonde está cadastrado.

Foi também iniciado processo de compartilhamento do PEC entre atenção básica e atenção especializada com a implantação de prontuário eletrônico no maior ambulatório especializado do SUS em Teresina, gerenciado pela FMS, o Centro Integrado de Saúde Lineu Araújo (CISLA), que disponibiliza consultas em mais de 30 especialidades médicas, exames, procedimentos e programas especializados em diversas áreas.

As especialidades disponíveis no Lineu Araújo incluem alergologia, angiologia, assistente social, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia plástica, clínica médica, dermatologia, endocrinologia, fisioterapia, gastrenterologia, ginecologia, hematologia, infectologia, mastologia, nefrologia, neurologia, neuropediatria, nutrição, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia, proctologia, psicologia, psicologia infantil, psicopedagogia, psiquiatria, reumatologia, geriatria e urologia. Dentre os programas e serviço especiais mantidos destacam-se o Centro de Especialidade em Odontologia

(CEO), Centro de Atenção ao Diabético – CAD, Distribuição de Medicamentos Especiais (Alzheimer, Parkinson), Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs-Aids), Hormônio de Crescimento e Puberdade Precoce, Colostomia e Ostomia. No local também são realizados procedimentos ambulatoriais, como por exemplo, biopsia, eletrocardiograma, citologia oncótica, colposcopia, ultrassonografia, mamografia, radiologia e raio-X, Ecocardiograma.

Atualmente todos os cerca de 200 profissionais que atendem no centro de especialidades, Centro Integrado de Saúde Lineu Araújo, utilizam o PEC. Processo similar de compartilhamento de prontuários foi iniciado com um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Uma dificuldade para uso mais amplo do PEC é que para o profissional acessá-lo deve estar registrado no CNES naquele estabelecimento, assim profissionais da vigilância epidemiológica que monitoram programas de saúde pública de controle de doenças não têm a possibilidade de registrar orientações para os profissionais da atenção básica nos prontuários de pacientes em acompanhamento:

> *A vigilância epidemiológica até pode ver, por exemplo, um paciente com hanseníase. (...) o médico tal da equipe, aquela enfermeira não fez o protocolo que é viável. Ela* (VE) *tem acesso ao prontuário, mas não pode escrever nada… Só que ela podia muito bem mandar um recado para um médico 'Oh, você tem que fazer uma busca ativa'. Mas essa parte o e-SUS ainda não alcançou. Exatamente, para que a gente possa mandar o recado.* (12G)

A informatização apoia o gerenciamento de UBS e equipes. Para monitorar a produção dos profissionais é utilizado o software QlikView. O sistema permite o monitoramento da produção individual. Inicialmente a gerência discutiu os resultados das produções individuais em reuniões com o conjunto dos profissionais, o que produziu conflitos. Os gerentes reconheceram que se deveria manter confidencialidade em respeito aos trabalhadores e promoveram mudança da estratégia, buscando diálogos com cada equipe para tentar identificar que problemas poderiam estar ocorrendo, de organização dos serviços, falta de insumos ou manutenção, por exemplo, que afetavam a produção.

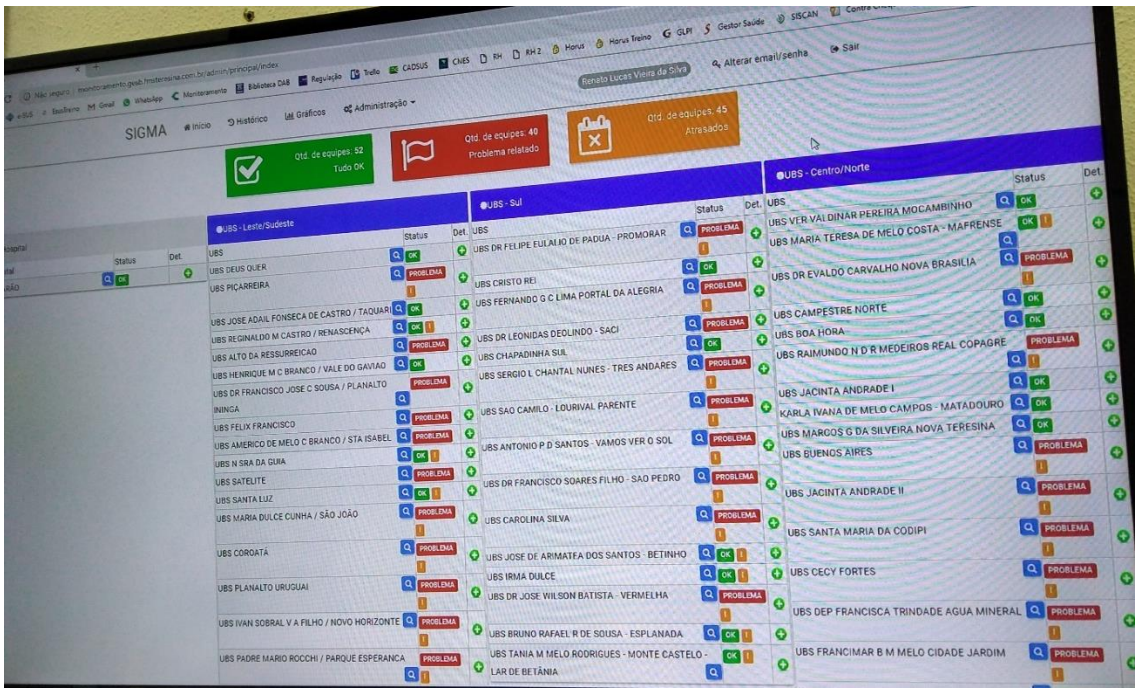
Desde 2018, a produção é toda contabilizada pelo e-SUS com a implantação plena do sistema. Assim, a partir de 2019, será possível acompanhar melhor a evolução anual da oferta e da produção de serviços e ações de saúde.

O e-SUS e o Gestor Saúde são alimentados nas UBS (incluindo o acompanhamento das condicionalidades do bolsa família), o que melhorou a qualidade da digitação dos dados e consequentemente da informação. O e-SUS permite também conhecer a proporção de usuários cadastrados que realmente utilizou um serviço na UBS. Em média, estima-se que em geral as unidades básicas de saúde atendem cerca de 30% dos usuários cadastrados em um ano.

Para garantir a boa alimentação dos sistemas de informação foi desenvolvido um sistema de monitoramento em tempo real do funcionamento da internet das 90 unidades básicas de saúde que permite saber se o problema é externo, na rede ou ao interior da UBS e seus equipamentos.

Outro sistema foi desenvolvido para monitorar a atenção em saúde bucal. Este é um sistema *online*, alimentado pelos profissionais das equipes, que possibilita conhecer a situação de cada consultório de saúde bucal quanto ao funcionamento de equipamentos e abastecimento de insumos, possibilitando respostas rápidas para os problemas encontrados. A gerência pode acompanhar em tempo real a situação das UBS. O sistema alerta, na cor vermelha, diariamente as UBS com problemas, conforme pode ser observado na Figura 1.

Figura 1 – Sistema de monitoramento Saúde Bucal, Teresina, 2019.



A alimentação do sistema é de interesse dos profissionais da ponta, pois com estas informações, em caso da redução de produtividade, podem comprovar que esta decorreu de questões técnicas. A própria supervisão analisa a produção mensal de cada dentista e compara com o relatório do sistema de monitoramento dos consultórios para verificar se houve interrupção do atendimento por abastecimento de insumos ou problemas de funcionamento de equipamentos.

O sistema de regulação assistencial também está informatizado, permitindo ao usuário o acesso à lista de espera para conhecer sua posição e tempo na lista. A fila de espera para consultas na atenção especializada é monitorada e o tempo contabilizada a partir da inserção do nome do usuário no sistema Gestor Saúde. O monitoramento da lista também deu certa segurança jurídica ao gestor, pois expressa o tempo real de espera. Por vezes, na experiência de gerentes, o Ministério Público exigia atendimento imediato para pacientes que, na realidade, não estavam aguardando há tão longo tempo.[3] Há, contudo, uma atualização rotineira na lista: as solicitações não agendadas permanecem 180 dias em análise, podendo ser agendando nesse período ou renovado para nova

[3] Na expressão de um dos gerentes *"o cambista é o que fica na fila para conseguir consulta… a gente tinha um problema, que o Ministério Público … sem querer … desculpa* (o termo) *era o maior cambista…"*

análise". Desta forma, seria possível verificar somente quantas pessoas estão esperando sem marcar, mas não monitorar o tempo entre a solicitação e a realização do serviço.

Outro sistema implementado pela Fundação Municipal de Saúde é o Hórus (Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica) desenvolvido pelo Ministério da Saúde para monitoramento e gestão da distribuição de medicamentos e insumos e aprimoramento da assistência farmacêutica.

Todos estes processos de informatização e de implantação de sistemas gerenciais de informação deram suporte para a universalização do acesso no SUS e da ESF como porta de entrada resolutiva em Teresina. Observou-se muito empenho por parte dos gerentes para melhorar a qualidade e o uso da informação com desenvolvimento de diversas iniciativas em processo reiterativo de aprendizado contínuo para aprimoramento dos processos técnicos e gerenciais e envolvimento dos profissionais.

5.3 Fortalecimento e valorização da força de trabalho em saúde

No Brasil, desigualdades e suboferta de trabalhadores para a saúde são problemas que antecedem a implantação do Sistema Único de Saúde (Carvalho, Santos e Campos, 2013). No âmbito federal o enfrentamento dos problemas advindos do provimento de profissionais, sobretudo médicos para a APS, se desenvolveram por meio de sucessivas políticas e iniciativas de baixo alcance, com exceção do Programa Mais Médicos. Além disso, o estabelecimento de Planos de Cargos, Careiras e Salários também representa entrave para o fortalecimento do sistema público, sendo as inciativas municipais as que mais avançaram ao longo da implementação do SUS, sendo Teresina, um destes casos.

5.3.1 Constituição da força de trabalho, seleção, Plano de Cargos, Carreiras e Salários e organização dos serviços da ESF

A área de recursos humanos representa um dos maiores desafios na implantação de estratégias bem-sucedidas em APS no Brasil e no mundo (Portela et al., 2017). Os primeiros profissionais da ESF em Teresina foram contratados via cooperativa, uma terceirização improvisada semelhante às diversas estratégias adotadas por muitos municípios brasileiros no início do SUS. Na atualidade, a área de recursos humanos é uma das fortalezas da APS em Teresina, por seus mecanismos de seleção e de vínculo público de seus profissionais de saúde. A população local dispõe de uma ampla rede serviços de APS/ESF constituída por um corpo de servidores públicos efetivos da FMS, admitidos através de concurso público de provas e títulos e contratados em regime estatutário. Esta é a única forma de acesso à carreira, embora a FMS realize contratos temporários de profissionais de saúde via CLT para reposição de servidores em férias e licença.

Todos os mais de 2.000 servidores estatutários da Atenção Básica, das diversas categorias profissionais, são contemplados com o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) da FMS[4], com progressão funcional horizontal e vertical, em interstícios de dois

[4] Os PCCS são definidos em leis municipais: Lei complementar Nº 3.746 (geral) e Nº 3.747 (médicos) de 4 de abril de 2008; lei Nº 4.211 de 2011 (cirurgião-dentista) e lei Nº 4.485 (enfermagem) de 2013.

anos, mediante avaliação de desempenho por comissão constituída por pares. Entretanto, o artigo 14 do PCCS define que a progressão funcional obedecerá à disponibilidade financeira e limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal para gastos com folha de pagamento de pessoal (Teresina, 2008). O PCCS garante a participação dos servidores em discussões e atualizações, além de submeter sua aprovação ao Conselho Municipal de Saúde.

Em um contexto de acelerada terceirização e privatização da força de trabalho da APS nos grandes centros urbanos do país, a estabilidade e o PCCS distinguem positivamente a estratégia de fixação e valorização dos servidores do SUS em Teresina. O município não necessitou de profissionais do Programa Mais Médicos, indicando a efetividade do vínculo público, que manteve um número suficiente de profissionais na rede básica de saúde. Entretanto, as dificuldades financeiras comuns aos municípios brasileiros e o elevado percentual do financiamento municipal da saúde de Teresina desafiam a gestão da FMS, que muitas vezes enfrenta movimentos de insatisfação dos trabalhadores, especialmente com os salários, como por exemplo, a paralisação dos médicos ocorrida em maio de 2019.

Das 263 equipes SF, somente 39 aderiram ao PMAQ por um entendimento à época de que apenas equipes atuando em dois turnos diários com 40 horas semanais poderiam aderir ao programa e receber o incentivo financeiro previsto. A adesão ao PMAQ significou portanto uma reorganização dos processos de trabalho destas equipes que passaram a atuar em dois turnos e perfazendo 40 horas semanais, diferentes do acordo de turnos contínuos. Os recursos recebidos a partir da avaliação do PMAQ foram integralmente repassados às equipes na forma de gratificação por desempenho (Lei Nº 4.435, de 23 de agosto de 2013). Tal estratégia, além de valorizar os profissionais da ESF, foi considerada efetiva para superar os turnos corridos.

Todas as 90 UBS dispõem de um gestor ou gerente administrativo, que não é necessariamente um profissional de saúde e é responsável por coordenar e articular as atividades das equipes ao interior do serviço, com os demais âmbitos da rede do SUS e com a FMS. Os gerentes de UBS são cargos comissionados e não servidores efetivos da FMS, o que acarreta desafios à gestão, pois alguns dos selecionados não têm qualificação adequada para a função e outros acabam se demitindo ao conseguir emprego melhor remunerado, o que aumenta a rotatividade e o período sem ocupação do referido cargo.

5.3.2. Educação permanente e integração ensino-serviço

As experiências de cooperação das instituições acadêmicas com o SUS abrangem os núcleos profissionais de medicina, enfermagem e odontologia, além de contemplar outros profissionais das UBS e do NASF. No entanto, os gestores da FMS afirmam que, via de regra, todos os servidores da ESF de Teresina têm acesso a programas de educação permanente, inclusive o pessoal de apoio aos serviços. No início da expansão da ESF no município, a grande maioria dos profissionais não possuía formação específica na área, problema particularmente grave na categoria médica. Para enfrentar este desafio, a FMS organizou a oferta de Curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Hoje há reconhecimento social e por pares da relevância dos médicos de família e comunidade, em parte associada à expansão do

mercado de trabalho no SUS e em instituições privadas, mas também com a abertura de novos cursos de medicina na capital.

As atividades de educação permanente da FMS e de integração ensino-serviço das universidades locais fortalecem o vínculo histórico da APS de Teresina com as instituições acadêmicas.

Dentre as atividades mais recentes de educação permanente da atenção básica, os técnicos da FMS destacaram a capacitação para utilização do E-SUS, conforme descrito anteriormente. Também está em curso capacitação clínica em módulos, em parceria com a UFPI para melhorar a resolutividade da AB, que pretende elaborar juntamente com os profissionais protocolos para orientar os encaminhamentos.

Outra significativa ação que pretende aprimorar a integração ensino-serviço-comunidade e a educação permanente nos territórios foi a assinatura do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde- COAPES em 2018, num primeiro momento com a UFPI e posteriormente, com as demais Instituições de Ensino Superior que mantinham relação convenial com a FMS.

A integração ensino-serviço se destaca entre as fortalezas da APS em Teresina, por meio da expressiva presença de residentes e estudantes de graduação nas UBS. Dos sete programas de residência multiprofissional, quatro estão integrados com a FMS. Além da residência médica em Saúde da Família da UFPI, também frequentam o cotidiano da rede básica alunos das residências em enfermagem obstétrica (realizam estágio nas UBS, ênfase em gestantes, mas participam do atendimento em geral), medicina veterinária (ações na gerência de zoonoses) e multiprofissional em saúde da família da UESPI, Universidade Estadual do Piauí (fisioterapia, enfermagem, serviço social, nutrição, psicologia, odontologia e fisioterapia). A participação de residentes nas UBS promove a diversificação do atendimento à população e melhora a capacidade de resposta dos serviços às demandas da população, por meio da organização de grupos de usuários em prática de atividade física, educação em saúde, prevenção de doenças, promoção de saúde, apoio ao controle social e implementação dos conselhos locais. Os alunos também contribuem nas ações de saúde do trabalhador da saúde ("projeto cuidando de quem cuida"), com participação de estudantes da psicologia e uso de PICS.

A condução do processo de participação de alunos da saúde no cotidiano dos serviços de APS é realizada por preceptores tanto vinculados à FMS, quanto às universidades locais. Vários médicos, enfermeiros e dentistas das equipes da ESF são preceptores de alunos da UFPI e destacam as contribuições das universidades ao trabalho nas UBS, como por exemplo, na inclusão de serviços, ações ou procedimentos, na melhoria do planejamento de saúde coordenado por enfermeiros junto às equipes da ESF e no gerenciamento de resíduos contaminados da rede básica. Alguns preceptores combinam contratos na FMS e em universidades e outros combinam atividades de gestão e/ou assistência com docência, principalmente nas áreas de medicina e enfermagem, pois não existe incentivo financeiro regular para a função de preceptoria. A integração ensino-serviço da FMS com a UFPI propiciou a participação de docentes da faculdade de medicina, de especialidades, como por exemplo, otorrinolaringologia e dermatologia em atividades vinculadas ao SUS e à rede de APS da FMS, incluindo a

implantação do e-Saúde do hospital universitário e a supervisão da residência médica em Saúde da Família.

Entre os docentes e participantes da entrevista coletiva sobre integração ensino-serviço houve um marcante reconhecimento do SUS como um sistema de saúde-escola, uma rede de serviços que combina a assistência à população com a formação de profissionais. A integração ensino-serviço é destacada como uma dupla vantagem para a universidade e o sistema de saúde, pois promove a educação permanente dos trabalhadores da AB/ESF e fortalece a formação de profissionais do serviço. Os relatos referem que vários médicos e profissionais das equipes da ESF realizam as residências oferecidas pelas universidades locais. Os profissionais da APS também estão sendo brindados com cursos de atualização, como por exemplo, a capacitação nas maiores demandas de encaminhamento para a regulação, havendo a perspectiva de elaboração conjunta de protocolos de encaminhamento, critérios de classificação dos pacientes. O curso, voltado a especialidades médicas, visa a plena utilização da plataforma municipal "gestor saúde", responsável por marcação de consultas especializadas, hospitalização, transporte de pacientes, apoio ao manejo de pacientes oncológicos da AB e telemedicina. A formação propicia a atualização teórica e as atividades são realizadas aos sábados e ministradas por docentes das UFPI, incluindo médicos especialistas do Hospital Universitário, com apoio da FMS e participação de profissionais da rede.

Em função do grande interesse dos profissionais, inclusive de outros municípios, a proposta é realizá-lo regularmente, inclusive para acesso online/EaD em uma plataforma educacional a ser disponibilizada em breve. O primeiro módulo foi sobre ginecologia e obstetrícia; depois serão ofertados temas de dermatologia (hanseníase), otorrino, oftalmologia, ortopedia, urologia, gastrenterologia, cardiologia, neurologia e regulação. Também há previsão de elaborar protocolos de atenção e encaminhamento e da oferta do curso online, com discussão e orientação de casos clínicos selecionados por alunos (profissionais) e docentes/tutores. A expectativa é que o curso melhore a capacidade resolutiva dos profissionais da ESF e influencie positivamente a regulação, diminuindo o número de encaminhamentos e o tempo de espera para o atendimento especializado. Além disso, os protocolos serão delineados para classificar o risco clínico do paciente, além das características demográficas e suspeita diagnóstica para definir a prioridade de atendimento via regulação. Pretende-se que esta iniciativa seja reforçada com a implantação do Telessaúde Brasil Redes, que facilitará o manejo e acompanhamento de pacientes de baixo risco que permanecerão sob cuidado da equipe na ESF. Assim, serão combinadas as ações de orientação clínica, teleconsultoria e educação permanente.

Na área de saúde bucal, a integração ensino-serviço funciona há mais de quinze anos, com ações que já alcançaram cerca de 50 das 90 UBS em atividade no município e o consultório de rua, facilitando o atendimento especializado de pacientes socialmente vulneráveis. Essa iniciativa é exemplar no fortalecimento da APS em Teresina, pois articula atenção especializada oferecida na faculdade de odontologia para os usuários da APS. Em quinze anos de integração ensino-serviço na saúde bucal se alcançou respeitabilidade dos pares internamente na universidade.

As atividades de educação permanente com participação de docentes e alunos das universidades também ajudam a apoiar as ações de controle social, fortalecendo a organização de conferências preparatórias para a Conferência Municipal de Saúde. A

iniciativa facilita o contato dos alunos com a realidade do SUS, que desafia a formação profissional nas universidades brasileiras.

Contudo, o processo de integração ensino-serviço é complexo e apresenta muitas particularidades. Cada unidade de saúde decide se irá receber os alunos da graduação e residência, sendo necessário convencer os profissionais para atuar na preceptoria, que irá alterar sua rotina de trabalho com a presença de pelo menos uma dupla de alunos ocupando seu consultório. Além disso, os profissionais não recebem incentivo financeiro para essa atividade, apenas formação e certificado de participação. Uma barreira para a expansão da educação permanente é a dificuldade de médicos especialistas e do hospital disporem de horários para a formação e a realização das atividades no sábado, pois seria mais adequado que fossem no horário de trabalho, porque a formação faz parte do trabalho.

As universidades eventualmente ofertam incentivo financeiro para profissionais com atuação de preceptores, por meio de bolsas, como por exemplo, no PET SAÚDE. A UESPI tem incentivo financeiro regulamentado em lei estadual, como contrapartida aos preceptores da residência, além da educação permanente, da atualização profissional. Tanto os preceptores dos serviços recebem bolsa como os tutores professores das universidades. A participação de profissionais da ESF na orientação de alunos em serviço reduz a demanda de docentes na tarefa e assim o custo da universidade em atividades práticas da formação profissional. Na percepção de profissionais entrevistados, a preceptoria é uma estratégia vantajosa para o profissional da ESF mesmo sem o recebimento de bolsa, pois a capacitação e a educação permanentes envolvem profissionais e alunos em um processo de atualização dialética, em que o preceptor além de ensinar aprende e o aluno além de aprender ensina.

Outro desafio à integração ensino-serviço é referente aos custos para o SUS da utilização de instalações, insumos, equipamentos e recursos do serviço, como por exemplo, luvas, máscaras, instrumentos e estrutura por alunos das universidades locais, não apenas as públicas, mas também as privadas. Este problema é ampliado em Teresina dado o elevado número de cursos na área de saúde na cidade, como por exemplo, mais de dez faculdades de enfermagem, cinco de odontologia e quatro de medicina, além de treze cursos de fisioterapia, seis de psicologia, onze de nutrição, nove de educação física, dentre outros, totalizando um grande montante de alunos em formação profissional. Para atender as diretrizes curriculares nacionais (DCNs) há uma objetiva falta de espaços institucionais do SUS para estágio e prática de graduação, o que coloca em risco a qualidade da formação profissional. Há um esforço da FMS e das instituições de ensino superior em avaliar a capacidade instalada dos serviços para receber os alunos. Com o fortalecimento do COAPES, da construção do plano anual de atividades e monitoramento e avaliação pelo comitê gestor local do COAPES espera-se garantir contrapartidas da formação que assegurem melhoria na gestão e assistência no SUS.upa

Apesar do esforço da FMS e das instituições de ensino em avaliar a capacidade instalada dos serviços para receber os alunos, não existem regulamentações ou normativas das universidades com a FMS e a secretaria estadual de saúde e outras instituições para garantir cenários de prática para todos os alunos em serviços do SUS, em especial na rede básica de saúde.

Apesar das limitações orçamentárias as instituições acadêmicas públicas costumam oferecer cursos de atualização e aprimoramento para profissionais de saúde, como contribuição às ações de preceptoria que realizam nas UBS. O departamento de enfermagem realizou um curso de atualização em vacinas, com vinte vagas para os alunos e vinte vagas para as enfermeiras da atenção básica da FMS. A valorização do trabalho de preceptoria na seleção de profissionais da ESF para cursos de mestrado e especialização em saúde coletiva e saúde da família também é um incentivo à educação permanente. Apesar disso, a preceptoria continua sendo um ponto crítico da integração ensino-serviço. Na UFPI, o professor pode contabilizar até quatro horas semanais de seu tempo para atendimento a usuários do SUS. Apesar disso, os docentes têm dificuldade de atender nas UBS, pois não podem se cadastrar no sistema de informação, prontuário eletrônico e e-SUS, que é exclusivo para servidores da FMS. Assim, os docentes dependem de boa relação com os profissionais da ESF, que franqueiam seus acessos pessoais para o registro de informações de saúde dos usuários atendidos. Felizmente, os médicos residentes podem ser cadastrados no e-SUS e atender regularmente nas ESF onde estão lotados.

Outra iniciativa de formação para a melhoria da gestão, por meio de parceria entre a FMS e a UFPI foi em 2018 a elaboração de um projeto de mestrado profissional em gestão para médico, enfermeiro e cirurgião dentista da ESF para qualificar esse profissional para o trabalho em gestão na UBS. Há uma expectativa de oferecer o curso para servidores efetivos da FMS que possam assumir futuramente funções na gestão, estabilizando e profissionalizando a atividade.

5.4 Ampliação do escopo de práticas

A integralidade é buscada por meio da ampliação do escopo de ações e da resolutividade das UBS e sua integração à rede. Observa-se fortalecimento da rede pública própria de atenção especializada e hospitalar em articulação com a ESF, por meio de laboratório próprio potente, maternidades regionalizadas, hospitais próprios e SAMU. Para garantir referências em especialidades, além de importante centro de especialidades públicas, Lineu Araújo (CISLA), que disponibiliza consultas em mais de 30 especialidades médicas, exames, procedimentos e programas especializados em diversas áreas por mais de 200 profissionais, Teresina conta também com ambulatórios de especialidades privados contratados pelo SUS para atender as demandas das UBS referentes a fisioterapia, psicologia e nutrição.

Distribuídas por todo o território municipal, as UBS têm área e população delimitadas e atuam de portas abertas atendendo a ações programadas com espaço para cuidado oportuno da demanda espontânea (Figura 2).

As UBS oferecem todos os serviços de atenção básica preconizados, incluindo consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, imunização, realização de pequenos procedimentos, preventivo para câncer de colo de útero, testes rápidos, dispensação de medicamentos e coleta de material para exames de sangue, urina e fezes, atividades de grupo em especial para gestantes e puérperas, acompanhamento de pré-natal,

puericultura, portadores de hipertensão e diabetes inclusive com distribuição de glicosímetro e fita para pessoas com diabetes (Figura 3).

Para facilitar o acesso oportuno, as equipes realizam acolhimento com escuta e estabelecimento de prioridades com diferentes formas. Casos agudos podem ser classificados como atendimento imediato (vermelho), atendimento prioritário (amarelo) ou atendimento no dia (verde) (Figura 4).

As UBS são orientadas a atender todos os que chegam ao serviço, independente do pertencimento à área de abrangência da equipe. Não obstante, estimula-se a territorialização. Após o acolhimento e atendimento do caso agudo, se necessário, o usuário é reencaminhado ao seu serviço de origem, isto é, a UBS de sua área de moradia, conforme pode ser observado no fluxograma de acolhimento de uma das UBS visitadas (Figura 4).

A implantação do acolhimento ocorre de forma diversificada nas UBSs e é ratificada por outros estudos. Em uma UBS estudada observou-se acolhimento dos pacientes durante toda a semana, nos turnos manhã e tarde por toda a equipe da ESF, com boa avaliação pelos idosos da atenção prestada pelos profissionais ainda que se observasse dificuldades na disponibilidade de insumos e pressão da demanda (Ferreira et al. 2018).

A definição de dias específicos para o atendimento de grupos prioritários em dias específicos permanece em parte das UBSs. Busca-se o equilíbrio entre a garantia atendimento oportuno e a prioridade para grupos epidemiologicamente relevantes. Para melhorar o acolhimento, projeto em curso em 2019 selecionou estudantes bolsistas da área da saúde para apoiar o acolhimento e orientar os usuários em sua chegada nas UBS.

Figura 2 – Mapeamento da área de atuação da ESF, Teresina, 2019

Figura 3 – Serviços ofertados UBS, Teresina, 2019.

Figura 4 – Fluxograma de acolhimento UBS, Teresina, 2019.

A integralidade nas UBS de Teresina se expressa também na oferta de ações de promoção da saúde como o estímulo às práticas de atividade física proporcionadas por oito Polos de Academia da Saúde, vinculados às UBS de diferentes regiões da cidade. Nas Academias da Saúde são realizadas diversas atividades: ginástica aeróbica e localizada, treino de flexibilidade e alongamento, caminhada orientada, dança, ginástica acrobática, capoeira, judô, yoga.

Ao incentivo às práticas corporais e orientação para a prática de atividade física, somam-se ações de educação em saúde, envolvendo promoção de atividades de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar; e orientação para fatores de riscos para doenças crônicas. Práticas integrativas e complementares (PICS) são também ofertadas como auriculoterapia, terapia comunitária, *reiki* e práticas de cuidado com o uso de plantas medicinais.

Na articulação cotidiana intersetorial trabalha-se em parceria e articulação com os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) do município para as demandas sociais dos territórios de atuação das equipes. Equipes desenvolvem o Programa Saúde na Escola regularmente e articulam-se com segmentos da educação, lazer, assistência social para realização de atividades pontuais ou eventos de datas comemorativas.

O modelo de APS em Teresina apresenta forte orientação comunitária desenvolvendo atividades de grupos para condições e agravos específicos como grupos de gestantes e puérperas, grupos de hipertensos e diabéticos, e ações coletivas na comunidade. Em uma das UBS visitadas observou-se intensa atuação de grupos comunitários, como, por exemplo, o grupo de contadores de histórias que proporciona apoio social e convívio para idoso (Figuras 5, 6) e grupos de gestantes e puérperas trocando experiências (Figuras 7 e 8).

Figura 5 – Ações comunitárias desenvolvidas na UBS, Teresina, 2019.

Figura 6 – Grupo "Idoso contador de estórias e outros causos", Teresina, 2019.

Figura 7 - Grupo de gestantes e puérperas, Teresina, 2019.

Figura 8 - Grupo de gestantes e puérperas, Teresina, 2019.

As equipes da ESF contam com o suporte de apenas três Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com equipes compostas por: psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais e educadores físicos. Contribuem também para a resolutividade da APS e apoio multiprofissional às ESF, as atividades de integração ensino-serviço. AS UBSs são cenários de práticas dos Programas de Educação pelo Trabalho (PET-SAÚDE/UFPI) do MS e do programa de residência em saúde da família da UESPI, que atua com equipe multiprofissional (Psicologia, Educação Física, Serviço Social, Enfermagem, Odontologia, Nutrição e Fisioterapia).

A integralidade também se expressa na atuação dos diferentes membros da equipe. Enfermeiros têm importante papel no desenvolvimento das ações das equipes no acompanhamento de usuários com agravos crônicos e no cuidado infantil (Almeida et al, 2017; Moura et al 2015). O "Protocolo de Enfermagem na atenção básica de saúde" publicado pela Fundação Municipal de Saúde, em 2012, propõe assistência de enfermagem qualificada e planejada em todos os ciclos de vida e diversos programas de saúde pública (Teresina 2016). Um dos objetivos é contribuir para a redução dos índices de morbidade e mortalidade das crianças incluindo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, nutrição, imunização, cuidados e higiene, entre outros. No município, o cuidado da criança inicia na visita domiciliar na Primeira Semana de Saúde Integral da mãe e da criança, no puerpério, visita esta, agendada na UBS pela maternidade que realiza o parto (Moura et al. 2015).

AS equipes ESF também realizam tratamento e controle da tuberculose em uma estratégia para ampliar o acesso das pessoas portadoras do TB aos serviços de saúde. Para a descentralização do tratamento da atenção à tuberculose em Teresina as equipes SF foram capacitadas no cuidado específico (Guimaraes et al, 2012; Santos et al, 2012).[5]

O município também investe em inovações com vistas a ampliar o acesso a populações que comumente não frequentam as UBS. Na UBS Nova Uruguai está implantada a "Saúde do Homem e Pré-Natal masculino". No início enfrentou-se dificuldades para a adesão e também em relação à adequação do processo de trabalho aos horários mais compatíveis. Foram 18 dias realizando reuniões na comunidade, com a ajuda dos ACS. No primeiro encontro, apenas um homem compareceu. Hoje o programa seria um sucesso segundo avaliação do médico responsável.

5.4.1 Laboratório público Dr. Raul Bacellar: facilitando acesso e promovendo eficiência

Entre as estratégias para ampliação do escopo das práticas destaca-se a oferta de exames laboratoriais com coleta, geralmente diária, em todas as UBS e realização dos

[5] Estudo realizado por Santos et al. (2012) com 286 profissionais das UBS de Teresina mostrou que 86% dos pesquisados relataram ter sido capacitados no Programa de Controle da Tuberculose e 69,5% citaram que a capacitação foi suficiente para realizar as ações preconizadas no Programa. A atenção é realizada com diferentes ênfases pelos profissionais das equipes, assim 84%% médicos relatam sempre pesquisar sintomáticos respiratórios, enfermeiras sempre fazem a notificação do agravo e orientam os pacientes sobre coleta de escarro, ACS realizam busca ativa, todos os profissionais em sua grande maioria sempre convocam contatos (Santos et al, 2012). Outro estudo com amostra de pacientes em tratamento de TB em Teresina em 2010 mostrou que o tratamento para TB ocorria na unidade de saúde mais próxima da residência (96%) e esta era acessível (75%), ainda que problemas de acesso tenham sido relatados (Santos et al, 2012a).

exames em grande laboratório próprio, com facilitação do acesso e alcance de economia de escala.

Os exames de análises clínicas e de citopatologia são realizados no Laboratório Dr. Raul Bacellar, inaugurado em abril de 1997, fruto da unificação de oito laboratórios públicos municipais (inclusive hospitalares) com junção de equipamentos e servidores a fim de ganhar escopo, qualidade e economia de escala. Desde sua criação, o laboratório passou por ampliação e modernização com melhoria da qualidade. Em julho de 2019 iniciou suas atividades em nova e ampla sede.

O Laboratório realiza os exames de análises clínicas e citopatologia para toda a rede municipal, incluindo as 90 UBS, 10 hospitais municipais, três UPAs e dois hospitais conveniados. A quase totalidade da análise dos exames é realizada em equipamentos automatizados, com poucas exceções. Realiza 89 tipos de exames automatizados (45 exames de bioquímica, 35 exames imunológicos/hormonais, 6 exames de hematologia, 2 de coagulação, e uroanálise) e onze tipos não informatizados (fezes, BAAR, cultura BK entre outros) (FMS/RB, 2019).

Em 2018 foram realizados 2,4 milhões de exames pelo Laboratório, sendo 2 milhões de exames (83%) provenientes da atenção básica (FMS/RB, 2019). Em 2019, vem sendo realizados cerca de 230 mil exames mês. Há dias em que se realizam 12 mil exames para rotina na atenção básica e 2 mil para urgência (9G).

Todas as UBS contam com posto de coleta de material, informatizado, que realiza coleta inclusive para exames solicitados na atenção especializada. A informatização dos 106 postos de coleta (UBS, hospitais e UPA) para identificação e etiquetagem na coleta e acesso aos resultados via internet melhorou a qualidade e segurança dos pacientes, reduzindo erros de identificação, e promoveu eficiência, agilizando a entrega de resultados e reduzindo o desperdício de papel:

> *(…) 100% de todos os postos estão informatizados. … é um ganho assim que vocês não imaginam.... O que é que significa isso? … melhora a qualidade, melhora a segurança com relação aos resultados. Por quê? Vocês sabem que letra de profissional na requisição... não é muito boa, legível. Então quem está aqui (no laboratório) às vezes não entendia aquela requisição, cadastrava com o nome errado. Aquele resultado muitas vezes não chegava ao usuário, porque fora cadastrado de forma errada. Hoje todos os postos têm o profissional que cadastra a requisição de exame. Se ele não estiver entendendo bem, tem a oportunidade, por estar de frente ao usuário, perguntar como é o nome legível. Então…, imprime a etiqueta e passa pro coletador, o coletador coleta de acordo com o tubo e vai fixando a etiqueta. Então, esse material já chega aqui dessa forma (no Laboratório). É ... nós temos 106 postos de coleta, para vocês terem uma ideia.* (9G)

Automação e informatização agilizaram a entrega de resultados. Para exames ambulatoriais não urgentes o prazo é de três dias úteis:

> *O tempo de liberação dos resultados do ambulatório são três dias úteis. Porque cai no feriado, cai às vezes num final de semana … mas a gente*

tem liberado resultados, é uma coisa também que sempre me deixa muito feliz, em até 24 horas ..." (9G)

Por meio de sistema desenvolvido pela Empresa Teresinense de Processamento de Dados (Prodater), os resultados podem ser acessados pelos usuários e médicos pela internet ou buscados em qualquer UBS por meio de código e senha entregues no momento de coleta: http://fms.teresina.pi.gov.br/resultados_de_exames. Nos postos de coleta, os resultados são acessados pela internet e a impressão do resultado é feita somente no ato da procura pelo usuário. Para garantir impressão e toner em cada UBS foi licitada uma empresa que fornece os equipamentos e faz sua manutenção. A impressão de resultados é feita no SAME da UBS durante todos os dias:

> *Não, agora nós não temos mais esse problema* (imprimir e não vir buscar o resultado)*. Por quê? Porque a impressão … pode ser feita na própria unidade dando o nome do paciente, …e, outro detalhe, pode ser onde ele coletou ou pode ser em qualquer unidade básica de saúde, pois é através de um sistema da internet, ou ele mesmo* (usuário) *na lan house, em casa, nesse site. Então os resultados são impressos mediante a presença do paciente pra receber o resultado…* (9G)

O laboratório realiza também todos os citopatológicos de colo uterino, de modo manual, não automatizado, registrando no SISCAN. A alimentação do SISCAN incialmente apresentou muitos problemas por dificuldades de registro nas fichas enviadas pelas UBS e identificação por cartão SUS. Umas das dificuldades é a baixa disponibilidade de profissionais citotécnicos na região. Pretende-se treinar técnicos nas UBS para que façam o registro diretamente no SISCAN e agilizem o processo de registro. Resultados alterados são impressos no Laboratório e enviados às UBS para que as equipes realizem busca ativa da usuária e evite atrasos no tratamento.

Há importante suporte logístico para transporte do material coletado nas UBS com cinco carros terceirizados com rotas bem estabelecidas que percorrem os 106 postos de coleta. Em algumas UBS, o material é recolhido em mais de um momento do dia. Por envolver complexa logística de transporte, em parte das UBS, como em por exemplo, as UBS rurais, não há coleta diária de material. Não obstante, gerentes mencionaram a necessidade de ajustes na rota para que, por questões apenas de logística (o carro passou muito cedo, antes de finalizar a coleta), usuários fiquem sem realizar oportunamente seus exames. Não há restrições do Laboratório quanto ao número de exames a realizar diariamente, e não é necessário marcar anteriormente para coletar o material. No entanto, algumas UBS, por questões operacionais, distribuem senhas:

> *Nós estamos aqui de forma rápida e ágil. … garantindo todos os exames preconizados no protocolo de atendimento da atenção básica pra toda a população. … Algum município não consegue porque nenhum laboratório aceita a tabela do SUS. …E também o que acontece? A pessoa chega e vai ter, vai lá a gestante, primeira vez no exame né? Aí vai no laboratório faz cinco exames, e aquele outro não aceita a tabela do SUS então agenda, três, quatro laboratórios. Pra você ver, (o que acontece) aí afora. Aqui não! Num lugar só, na região dela, no território dela, ela faz todos os exames.* (G9a).

Todo o material necessário para a coleta (tubos, adaptadores, agulhas) são adquiridos de forma centralizada pelo Laboratório. As unidades de coleta fazem a solicitação e a distribuição do material é feita no mesmo momento em que os exames coletados são recolhidos em cada hospital e UBS. A coleta nas UBS é realizada pelos próprios técnicos e auxiliares de enfermagem, deslocados de outras atividades pelo tempo necessário. O Laboratório supervisiona a coleta e gradualmente todos os técnicos e auxiliares de enfermagem responsáveis pela coleta foram sendo treinados por técnicos de laboratório para melhorar a qualidade do processo na pré-análise. A implantação dos postos de coleta e treinamento exigiu um trabalho conjunto cotidiano entre UBS e gerência do LRB.

Os custos atuais dos procedimentos estão dentro ou abaixo dos valores pagos pela tabela SUS. No momento da visita, estava sendo finalizada a nova sede do laboratório, que foi inaugurada em agosto de 2019.

O Laboratório licita equipamentos na forma de comodato, sem compra dos mesmos. O valor da locação do equipamento é calculado com base no consumo de reagentes para a produção anual do Laboratório. O pagamento é mensal de acordo com o consumo até o limite anual financeiro contratado. A empresa vencedora da licitação disponibiliza os equipamentos e reagentes e responsabiliza-se pela manutenção dos equipamentos e assessoria técnica. A experiência gerencial adquirida ao longo do tempo, promoveu melhoria da qualidade dos processos licitatórios com maiores exigências e garantias nos contratos.

Com a ampliação da produção pelo Laboratório público, e melhoria de processos gerenciais e licitatórios, ganhou-se em economia de escala com redução do preço unitário de cada tipo de exame ao longo do tempo e todos os exames hoje têm custos abaixo da tabela SUS:

> *E cada dia que passa, em nossas licitações a gente tem conseguido preços melhores. Por quê? Primeiro pela demanda do laboratório. … a gente ganha muito na questão da quantidade. …Então como a gente compra muito, a gente ganha pelo preço. Às vezes você aumenta o valor, (por aumentar) a quantidade do reagente e cada vez o valor do exame fica mais barato.* (9G)

> *A gente tinha alguns exames aqui que fazia em um volume grande, muito mais caro, a gente pagava pelo reagente mais caro do que a tabela do SUS. Hoje, nós não temos um exame que seja mais caro do que a tabela do SUS. Todos são abaixo da tabela do SUS.* (9G)

> *Quando os exames eram mais simples, de bioquímica, o protocolo do ministério era reduzido, dava lucro. Hoje o cardápio é grand*e. (9G1).

O LRB tem sido um exemplo e sua experiência vem sendo difundida para outros estados:

> *Porque esse laboratório ele tem sido assim fruto de muitas parceiras com outros estados, eles buscam esse método que a gente utiliza aqui*. (9G1)

O Laboratório propicia amplo suporte diagnóstico para a atenção básica e a gerência do laboratório trabalha articulada com a atenção básica para melhorar processo e agilizar ações:

> *A gente é um parceiro forte da atenção básica. Porque 83% dos nossos exames são coletados na atenção básica. Então … praticamente, eu acho que a gente não passa um dia sem estar conversando, (com) a direção, a equipe da atenção básica, então isso aí minimiza essas dificuldades.* (9G)

Todos os 130 trabalhadores do Laboratório são servidores públicos (incluindo 31 bioquímicos, seis médicos anátomo-patologistas, 40 técnicos de patologia clínica), considerados competentes e com custos menores se comparados à contratação no setor privado.

Com o LRB garante-se acesso a exames laboratoriais de média complexidade, por meio de um serviço público com eficiência e qualidade que com economia de escala e aprendizado gerencial alcançou reduzir preços e ampliar o acesso.

5.5 Regulação do acesso à atenção especializada e organização do complexo regulador

Teresina foi habilitada em gestão plena do sistema pela NOB 96 já em 1996, diferenciando-se de muitas capitais do sul e sudeste. Habilitar-se na gestão plena do sistema municipal implicou em assumir a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual; reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas); garantia da prestação de serviços em seu território, inclusive os serviços de referência aos não-residentes, conforme a PPI; operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus munícipes e à referência intermunicipal; e contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, conforme a normativa da NOB 96 (Brasil, 1996).

Ao longo do tempo, para dar conta destas responsabilidades e funções a gestão foi sendo organizada e a regulação assistencial aperfeiçoada.

5.5.1 Regulação para acesso à atenção especializada ambulatorial

A definição da APS como porta única para a atenção eletiva (não urgente) no SUS em Teresina se expressa em acesso à atenção especializada, exclusivamente a partir de encaminhamentos pelas unidades básicas de saúde, conforme necessidade. Todas as 90 UBS estão informatizadas e o agendamento de consultas e exames especializados se processa na própria UBS conectada ao Gestor Saúde, sistema de regulação desenvolvido pelo município. Em caso de disponibilidade de vaga, o usuário já sai da UBS com a consulta agendada. Em caso de falta de vaga no momento da solicitação, o usuário é posteriormente informado, o que pode ocorrer de diferentes formas: buscando a resposta na UBS, informação levada por ACS ou acessando um portal específico.

Atualmente, a Central de Regulação Ambulatorial, Hospitalar e de Transporte da FMS gerencia estes processos. A central de regulação ambulatorial de atenção especializada foi instituída em 2011 e a central de regulação hospitalar em agosto de 2017.

A regulação de consultas especializadas e exames se realiza por meio de sistema online desenvolvido no próprio município, o "Gestor Saúde", que coordena o fluxo de solicitações de encaminhamento dos estabelecimentos de saúde do SUS de Teresina, ademais de integrar os 223 municípios do Piauí e 27 municípios do estado do Maranhão. Na Central, as solicitações são reguladas e submetidas a uma fila única com distribuição automática das vagas, conforme a posição do paciente na fila, em estabelecimentos de saúde públicos, filantrópicos e privados contratados.

A Central trabalha em um sistema de identificação dos computadores por IP. Todos os computadores com acesso ao Gestor Saúde, seja nas UBS de Teresina, seja nas centrais de marcação dos municípios do interior, estão cadastrados com seus respectivos IP e senhas, evitando-se acessos indevidos.

O usuário, munido do número de seu cartão SUS, pode consultar o seu agendamento e posição na fila online pelo endereço eletrônico http://sus.teresina.pi.gov.br/confirmacao-de-consulta

Toda a rede de saúde do SUS municipal (10 hospitais, 3 UPAS, 3 CEO, 6 CAPS, 90 UBS) está coberta pelo sistema de regulação, sendo os serviços conectados ao Gestor Saúde, assim como as SMS do interior. A equipe de regulação trabalha 24 horas por dia, 7 dias por semana e é composta por 19 médicos e sete enfermeiras:

> *Hoje nós já temos toda a cidade coberta pelo sistema de regulação.... Nós cobrimos todo o Piauí, de norte a sul, de leste a oeste. Por menor que seja o município, ele tem acesso ao sistema de Teresina, à regulação de consultas e exames.* (10G)

A regulação inicia na atenção básica que indica a necessidade de encaminhamento e acessa o sistema Gestor Saúde. O Gestor Saúde permite verificar a disponibilidade de oferta, a disponibilidade financeira do prestador contratado, compatibilidade do caso com a consulta requerida e o histórico do paciente na utilização do procedimento.

> *Então o paciente que busca a atenção básica, … havendo a necessidade de ele ir ao especialista, ele (o município) acessa o sistema de regulação de Teresina, que é o Gestor Saúde, tá? ... no Gestor Saúde acontece toda a verificação da oferta, da disponibilidade financeira, da compatibilidade do caso com a consulta que tá requerendo, o histórico desse paciente na utilização desse procedimento e alguns outros controles que a gente foi construindo ao longo do tempo pra dar melhor vazão a essa demanda populacional. (10G)*

Existindo a vaga, esta é informada à UBS e ao mesmo tempo ao estabelecimento executante para que conheça o paciente que irá receber. Todos os estabelecimentos que prestam serviços ao SUS utilizam o sistema de regulação: registram o comparecimento do paciente, problemas que possam ter impedido o serviço como de infraestrutura ou ausência do médico.

Não estão estabelecidas cotas de consultas especializadas por UBS, porém pressupõe-se dificuldades adicionais de acesso, considerando a disputa por vagas de especialidades com todos os municípios do estado e de outros estados.

A oferta de vagas de todos os estabelecimentos que prestam atenção especializada ao SUS em Teresina está inserida no sistema Gestor-Saúde, ainda que os estabelecimentos

possam dispor de vagas internas para agendamento de retorno, para os pacientes que chegaram encaminhados pela AB. Argumenta-se que para agilizar o tratamento, quando os usuários são atendidos na atenção especializada, o profissional que atendeu pode solicitar retorno ou outros encaminhamentos necessários sem o paciente ter que retornar à AB. Não obstante, há controle rotineiro pela regulação das vagas internas (ou de retorno) em cada estabelecimento, de modo a não exceder um certo limite e ao mesmo tempo não desperdiçar vagas:

> *Então na visão da regulação de Teresina existe a continuidade de tratamento, o estabelecimento às vezes até privado, faz um agendamento para atendimento em outro estabelecimento. Qual é o limite? O limite é: o paciente tem que ter sido originado da atenção básica… Então é primordial que ele tenha entrado pela porta correta que preconiza o SUS que é a atenção básica.* (10G)

> (por exemplo) *Para uma determinada especialidade o HU tem cadastrado no sistema vinte vagas internas para ele por mês. Então a gente já tem uma rotina que no dia treze de cada mês, se ele não utilizou cinquenta por cento dessas vagas dele internas eu puxo elas ... pra agendar quem tá na fila. Pra não perder. Dia vinte e oito a gente faz outra busca dessa, se sobrou vaga a gente bota todo mundo da fila para não perder as vagas que são internas e por algum motivo o HU não utilizou. Então isso já é rotina no sistema, o menino só faz apertar o botãozinho e isso acontece.* (11G)

Os encaminhamentos são feitos dentro dos limites financeiros pactuados com cada prestador contratado. Sofrem também críticas do próprio sistema, como, por exemplo, a frequência de realização de determinados procedimentos (endoscopia digestiva alta, uma vez ao ano). Nestes casos, a solicitação é analisada pelo médico regulador que a aprova ou não conforme a qualidade da indicação. Em caso de negativa, o motivo é informado ao solicitante, assim como feitas recomendações para melhor acompanhamento do caso.

Se no momento da solicitação não houver vaga disponível, o sistema coloca o paciente em lista de espera que agenda os pacientes de forma automatizada. Automaticamente a cada noite o sistema busca as ofertas de cada especialidade, faz os agendamentos, e os comunica às unidades básicas de saúde solicitantes. Ainda que o agendamento automático agilize e aumente a eficiência por não denotar tempo de trabalho profissional para realizá-lo, é de se indagar, se com o agendamento automático a regulação não seria afetada, assim como a marcação imediata em caso de vaga disponível.

No Gestor Saúde estão também estabelecidas prioridades, como por exemplo, idosos e gestantes. Recentemente desenvolvido, o Portal do Cidadão, permite o acesso dos usuários para conhecer a situação da solicitação:

> *Todas as ações que estão acontecendo na regulação, quer seja o paciente que foi agendar, quer seja o paciente que teve negado o seu pedido, quer seja o paciente que está em lista de espera, existe um portal, esse portal … é de acesso da população, (que) verifica qual é sua situação naquele momento. Então ele verifica pra quando tem o agendamento*

> *programado, se ele, for posto em lista de espera, qual é a situação dele na lista de espera, tá certo*? (G10).

Todos os municípios do interior acessam o Gestor Saúde e as vagas ambulatoriais são disponibilizadas conforme acordado na Programação e Pactuada Integrada (PPI) com monitoramento dos limites financeiros pactuados. Optou-se por pactuação de limites financeiros ao invés de cotas físicas para facilitar o remanejamento dos recursos. A definição de cotas em número de consultas por especialidade por município ou região engessava a possibilidade redistribuição entre um tipo e outro de consulta. A mudança de cotas físicas na PPI para cota financeira facilitou a solicitação de diversas especialidades independente de definição prévia:

> *Nós tínhamos ... uma cota de cardiologia, oftalmologia e gineco, por exemplo. Aí aquele município estava agendando. Acabou a cardio. Então o sistema para. ... Ah, mas eu tenho dinheiro pra gineco, ah eu tenho dinheiro pra oftalmologia. Por que não remaneja? Não, porque na PPI tá dito que só tem isso pra cardiologia. Então, o que a gente fez? Qual é o valor pactuado com o município A? É dez mil reais. Então é dez mil reais. Ele vai utilizar esses dez mil reais que foi o que o município deu. Porque a cota física, nós tivemos esse gargalo.* (10G)

> *… nos pediam, consulta com urologista, consulta com endócrino ...Então quando a gente colocou o financeiro, então deixou de ter o bloqueio para a descrição que pactuou-se. E aí então se teve acesso às outras especialidades.* (13G)

A oferta de atenção especializada do SUS no Piauí concentra-se na capital com imensas dificuldades de acesso para municípios mais distantes, dado que a oferta não está regionalizada. Municípios a mil quilômetros de distância têm como único acesso de atenção especializada no SUS a cidade de Teresina. As cotas financeiras da PPI por município são insuficientes e a dificuldade de acesso faz com que os cidadãos do interior utilizem subterfúgios para conseguir atendimento na capital, alojando-se em casa de familiares e buscando as UBS para conseguir o encaminhamento para a atenção especializada necessitada, atravessando a PPI.

Com a crise financeira do estado no período recente, a pressão da demanda dos municípios do interior para consultas em Teresina aumentou. Gerentes relataram a redução de serviços prestados pelo estado no interior com desabastecimento de hospitais e outros estabelecimentos.

A Central de Regulação Ambulatorial por meio do Gestor Saúde regula serviços de 257 estabelecimentos, entre públicos, filantrópicos, privados com cerca de 1.100 operadores ativos, englobando os 224 municípios do Piauí e os 27 municípios do Maranhão. Em 2018 foram realizados cerca de dois milhões de agendamentos, em média 7.600 agendamentos por dia entre consultas e exames.

5.5.2 Fluxo para continuidade do cuidado à puérpera

A efetiva realização de consulta à puérpera pode ser tomada como um indicador de qualidade da atenção materna. Para garantir a continuidade do cuidado à mulher após o parto, em Teresina foi estabelecido um fluxo específico para contrarreferência à UBS

com marcação de consulta para parturientes e o bebê na sua UBS, na primeira semana após a alta da maternidade, por meio do Gestor Saúde, pela maternidade aonde foi realizado o parto.

As maternidades de Teresina têm a obrigatoriedade de realizar o agendamento, via gestor Saúde, da consulta de acolhimento puerperal e fornece o comprovante de agendamento da consulta na alta da mãe e do bebê. Na UBS, o funcionário responsável pelo SAME deve todos os dias (de segunda à sexta-feira) acessar o sistema Gestor Saúde para averiguar a existência de consultas de acolhimento puerperal agendadas em sua UBS. Caso haja marcação, deve informar à equipe SF da existência de consulta agendada e da necessidade de realizar a consulta em até sete dias e solicitar da equipe o comprovante de marcação *on-line* recebido pela puérpera na maternidade. Caso a puérpera não compareça à consulta, a equipe deve realizar busca ativa para atendimento da puérpera e do recém-nascido no domicílio. Para tal foi elaborado um "Fluxograma de atendimento para consulta de acolhimento puerperal em Teresina" pela Fundação Municipal de Saúde e pela Fundação Hospitalar de Teresina:

> *Quando é recém-nascido, todas as nossas unidades, que são maternidades, inclusive a estadual que é a maior maternidade, elas têm acesso ao sistema e têm acesso logicamente à regulação ambulatorial. Então quando aquela mulher sair da maternidade, ela chega, para ser identificada, ele faz o agendamento dela para o posto de saúde em que ela é acompanhada. Então dali, da alta dela, ela já sai com dia e hora para uma consulta pra ela e uma consulta para o bebê, tá certo? Como forma de que a unidade de saúde monitore essa criança e essa mamãe.* (13G)

Há preocupação também da gerência de regulação de que os médicos das equipes conheçam e aprimorem os seus encaminhamentos. Está sendo realizado um curso de capacitação clínica em módulos, em parceria com a UFPI, para melhorar a resolutividade da AB. Pretende-se elaborar juntamente com os profissionais protocolos para encaminhamentos de modo que sejam solicitados de forma apropriada por motivos correspondentes a necessidades. Entende-se que com melhor formação clínica, as equipes serão mais resolutivas reduzindo demandas para a atenção especializada e consequentemente as filas de espera.

Os protocolos orientarão os médicos em seus encaminhamentos, mas também pretende-se que possam orientar a regulação no sentido de pontuar e ordenar a fila estabelecendo prioridades e automatizando o sistema de forma a agilizar os agendamentos:

> *(...) desse curso de capacitação …protocolos descritivos. Ok, só que eles precisam ... traduzir isso em uma pontuação. Certo? Para que a gente possa com os critérios que ... isso transforme-se em pontuação, e o paciente será listado na lista de espera, ordenado na lista de espera e não mais por ordem que chegou ou de prioritário mas, sim pela gravidade da sua situação clínica tá certo? Então isso a gente quer poder ter uma qualificação melhor nesse sentido.* (13G)

A automatização do agendamento após a regulação da solicitação permitiu uso mais efetivo das vagas disponíveis. Anteriormente mesmo havendo vagas estas, por vezes, não eram ocupadas por falta de agilidade na marcação:

> *Tem mil pessoas na lista de espera, por exemplo, e a especialidade tá sobrando vaga. Então foi um avanço muito forte trazer o automatismo, deu assim um... um avanço muito forte para a regulação. Porque eu tinha que estar o tempo todo pressionando a regulação preciso mais gente, preciso mais gente, preciso mais gente, preciso mais gente e a demanda crescendo, a demanda crescendo, a demanda crescendo não ia dar conta nunca.* (13G)

5.5.3 Regulação hospitalar

A regulação hospitalar ao longo do tempo passou por muitas mudanças. Inicialmente operada por contato telefônico, formulários e pilhas de papeis, com muitas demoras, desde 2010 passou a ser feita via internet.

A regulação de internação hospitalar foi sendo aprimorada ao longo do tempo. No caso de urgências, para pacientes admitidos nos hospitais municipais, estes solicitam autorização para a internação (AIH). Se a análise for positiva, a regulação emite um número provisório repassado ao hospital. Para casos eletivos esta solicitação é feita pelo especialista para o paciente encaminhado da AB. Anteriormente, o processo completo de autorização era feito todo em formulários de papel e demorava dias, e, atualmente, com a informatização e sistema online é realizado em poucas horas:

> *A gente bolou (o sistema) pensando que precisava fazer uma autorização mais ágil, porque nossa autorização ela girava em média de sete a dez dias, tá? E aí a gente conseguiu reduzir para …acho que para uma hora, duas horas. Tá certo? Por ser online. Nós tínhamos outra dificuldade que a papelada do hospital vinha para cá, para esse prédio e os médicos trabalhavam com pilhas de papéis a serem avaliados o tempo inteiro. Isso tornava o trabalho mais demorado e aí a gente perdia prazos de faturamento.* (13G)

Passou-se a acompanhar a efetiva ocupação dos leitos hospitalares. A liberação do número definitivo da AIH é realizada somente na alta hospitalar, o que já permite à Central identificar que o leito está desocupado, evitando que os leitos disponíveis não sejam informados à Central. Quando a regulação de leitos era feita por telefone, ocorriam muitos casos de leitos disponíveis não informados, o que se observava em visitas aos hospitais:

> *Quanto a isso é bom enfatizar, a liberação de um número efetivo final da AIH que é pra dar alta do paciente, que é quando ele informa ao sistema que desocupou o leito. Ele está nos dando a possibilidade de ocupar pra outro paciente… tem leito desocupado. Por que que a gente só dá o número da AIH aí, porque ia ficar com esse leito desocupado e escondendo da regulação. Mas se ele não informar a alta do paciente, não, não tem o número final da AIH e ele não vai cobrar. Por isso é que a gente amarrou bem aí, porque se ele não der a alta, ele não recebe o número da AIH e ele não pode cobrar pela internação. Então ele fica com essa obrigação pra poder cobrar e a gente tem a informação do leito livre.* (13G)

5.5.4 Regulação de leitos e transporte

Anteriormente a transferência de pacientes entre hospitais era realizada pelo SAMU, o que, por um lado, produzia excesso de demanda para este serviço e, por outro, atrasos desnecessários nas transferências de pacientes, podendo inclusive ocorrer piora do quadro pela demora. Para dar maior agilidade e promover um uso mais eficiente das ambulâncias, a regulação de leitos e transporte foi assumida pela Central de Regulação:

> *Então, vamos analisar duas situações que ocorriam: nós tínhamos, um paciente que estava no hospital estabilizado, mas precisa ir para um centro de referência em cardiologia para fazer uma cirurgia, e aí era solicitado um carro para transferir esse paciente para esse centro de especialidade e a realização da cirurgia. O SAMU estava em ocorrência, como era o papel dele, e aí esse paciente passava um, dois, três dias sem conseguir ser transferido e esse paciente muitas vezes poderia vir até à óbito. Tá? Vamos ao inverso: tinha situações que o SAMU estava tranquilo, deixou lá a ambulância para pegar esse paciente e transferir para o centro de referência. No momento teve um acidente e o SAMU tinha que resgatar o paciente do acidente. E onde estaria a ambulância? A ambulância estava numa transferência do paciente, e muitas vezes o outro paciente ficaria desassistido ou era atendido por populares. Então identificado, esse problema, criou-se e trouxemos para cá a regulação de transporte, que não é a regulação, não é o atendimento que o SAMU faz. O SAMU é SAMU e a regulação de transporte é a regulação de leitos e transporte.* (13G)

A regulação inicia com a inserção no Gestor Saúde da solicitação de leito para transferência de pacientes pelo hospital ou UPA. Esta informação chega *online* para o médico regulador de plantão, que avalia a solicitação conforme gravidade do quadro e classificação de risco informada pelo hospital solicitante. O médico regulador avalia a disponibilidade de leitos naquele momento em tempo real, o que se tornou possível pela exigência de informação *online* da alta para emissão da AIH definitiva. Encontrado o leito, é informado ao hospital executante que um paciente com determinado quadro clínico está sendo transferido. O Núcleo Interno de Regulação (NIR) existente em cada hospital avalia e aceita ou não a admissão:

> *Tudo isso online, o hospital executante recebe essa informação e aí tem o núcleo interno de regulação em cada um dos hospitais que avalia aquela situação daquele quadro. Tá certo? E aí ele diz … a regulação está encaminhando um paciente para cá. O hospital de destino tem a autonomia para recusar ou aceitar aquele paciente. Se ele não aceitar, ele vai ser obrigado a informar qual é a razão por não ter aceito. Isso aí a equipe fica monitorando para poder chamar quem era o médico que estava no plantão, por que que você não aceitou… o que que aconteceu... então isso tudo é monitorado o tempo inteiro.* (13G)

Aceita a admissão, o hospital de origem toma ciência e solicita o transporte para transferir o paciente. O tipo de transporte é uma decisão do hospital solicitante. Para casos menos graves requer ambulância na regulação. Para casos graves que necessitam

de maior suporte durante o translado é necessário recorrer ao SAMU, pois a regulação não dispõe de ambulância avançada.

Profissionais e hospitais são monitorados de modo a buscar-se averiguar a fundamentação das recusas de internação pelo hospital. Realiza-se análise permanente das rejeições e dialoga-se com os hospitais para resolver problemas identificados. Esta análise está informando a definição de um perfil dos hospitais na rede, correspondente à sua disponibilidade de recursos, de modo a promover transferências mais adequadas:

> *É um trabalho contínuo a gente tem. Verdadeiras longas reuniões, periódicas, né. Tem um hospital que está, vamos dizer, apresentando determinadas dificuldades recorrentes na regulação hospitalar. A gente vai com a equipe, a equipe que é guerreira, que eu estou dizendo, porque essas meninas não param. A gente vai com esse relatório das dificuldades daquele hospital, apresenta para dentro do hospital. Às vezes chama aqui, e a gente vai discutir pontualmente cada situação que tá se apresentando na rotina da regulação. Se eu acabo de fazer com um hospital tem outro, e a gente vai e continua. É uma coisa contínua e é dinâmico, eu faço com um hospital, com outro, toda semana a gente tem isso. É um monitoramento contínuo.* (10G)

Por meio de visitas aos hospitais, monitora-se inclusive, o horário em que o paciente efetivamente saiu em comparação com o horário do registro da alta no sistema pelo médico do hospital. Em caso de falta de leito, o paciente é colocado em lista de espera e somente é acionado o transporte e o paciente transferido no momento em que o leito é liberado pela regulação.

O processo de regulação de leitos é agilizado com apoio de enfermeiros e por grupos de *WhatsApp* integrados por reguladores e hospitais. Por meio de mensagens no grupo é possível agilizar a liberação de leitos, pois, por vezes, a regulação sabe que um paciente já foi transferido, mas o hospital de origem ainda não liberou o leito no sistema. A comunicação via WhatsApp melhora o *timming* de liberação de leitos.

Os incrementos na qualidade da regulação de leitos, além de facilitar o acesso e garantir cuidado mais oportuno, resultaram em maior eficiência. Transferências de pacientes de UPA para hospitais eram muito retardadas podendo demorar semanas:

> *Aí nós tínhamos dificuldade de tirar esse paciente da UPA... e nós tivemos situações aqui de pacientes que ficaram mais de trinta dias dentro de uma UPA, sendo que é um prejuízo imenso, vocês sabem que só paga 24 horas. Então eu, não vou te dar um número preciso, mas acredito que hoje a gente esteja em menos de 72 horas, de tempo de internação de um paciente numa UPA. Então eu acho que foi uma evolução muito forte em se tratando das UPAs, muito positiva.* (13G)

Observa-se preocupação da gerência com a melhoria contínua da qualidade da regulação. Nos diálogos com profissionais dos hospitais para dirimir pontos críticos, está sendo realizada capacitação sobre marcos conceituais e legais da regulação.

Diferente do caso da regulação ambulatorial especializada, em que todos os serviços do SUS do estado do Piauí, estão integrados, no caso da regulação hospitalar, os hospitais estaduais não estão inseridos na central municipal, existindo uma outra central de

regulação de leitos estadual.

A Central Municipal regula 2.158 leitos em Teresina. Em 2018 foram realizadas 23 mil transferências intra-hospitalares, 1.200 transportes de hemoderivados, 1.700 transportes de medicamentos ou vacinas, e 883 transportes sociais para usuários de baixa renda sem possibilidade de locomoção após a alta ou para acesso ao serviço de saúde agendado, em carro da FMS.[6]

5.6 Participação social

A participação e apoio popular foi apontado por gestores e pioneiros como um elemento central tanto para a implantação da ESF, em seus momentos iniciais, como também para a sustentabilidade da política. A opção pela atenção básica é apoiada e abraçada pelo conjunto da população, inclusive com a criação de conselhos locais de saúde em quase todas as UBS, sendo este um elemento chave para a sustentação da ESF como porta de entrada universal e eletiva do SUS:

> *Eu sempre gosto de usar essa palavra, o nosso fazer depende do nosso olhar. E esse olhar para atenção básica ela não é algo que seja hoje de uma única pessoa. Ela não é uma ação do prefeito, ela não é uma ação do presidente da Fundação, ela é uma ação na construção de uma saúde coletiva que ela é de todos, ela é do conjunto, da sociedade*. (17G)

O Conselho Municipal de Saúde de Teresina foi criado em abril de 1991 com posse dos primeiros conselheiros em 1992. Os Conselhos Locais de Saúde (CLS) são considerados importante fin (45CS). Todas as UBS foram motivadas a constituir seu Conselho Local de Saúde, sendo este implantado na maioria das UBS. Não obstante, ocorreram mudanças ao longo do tempo e em 2019, 21 UBS têm Conselhos Locais de Saúde atuantes

O Coordenador do Conselho Local de Saúde de uma das UBSs visitada menciona que é estabelecida interlocução com a Fundação Municipal de Saúde e com o CMS com vistas a colaborar na co-gestão das unidades. Relata que os conselheiros têm se mobilizado para que todas as UBS constituam os respectivos conselhos locais. Avalia que um dos possíveis entraves são resistências da própria gerência das UBS:

> *Acontece justamente pelas coordenações das UBS, às vezes eu acho que tem coordenador que pensa que conselho local vai vir para criar um atrito dentro da própria UBS, isso não é, porque nós estamos aqui é para colaborar com a gestão, certo? Mas também colaborando com a gestão, mas para o bem estar do usuário, certo... do usuário do SUS.* (45CS)

O CLS de uma das UBS visitadas, cujo Presidente foi entrevistado neste estudo, é formado por 16 pessoas, sendo a mesma proporcionalidade da representação do CMS.

---

[6] No período de agosto de 2017 a Julho de 2018, o sistema de regulação realizou um total de 27.986 ocorrências diversas. Dessas, 10.060 foram transferências inter-hospitalares, 11.163 foram transportes para avaliação clínica ou exames e 4.587 transportes de hemoderivados, medicamentos, vacinas e materiais para hospitais. A maioria dos atendimentos de pacientes são residentes em Teresina (64%, totalizando 54.912 em um ano), mas também foi prestada assistência a pacientes do interior do Piauí (28.122 ou 33% do total) e de outros locais (4% ou 3.220), totalizando 86.254. http://www.fms.teresina.pi.gov.br/noticia/2020/central-de-regulacao-de-transportes-atende-mais-de-27-mil-ocorrencias-em-um-ano acessado em 11.08.2019

Alguns ACS participam do CLS. As reuniões são abertas à comunidade e acontecem de dois em dois meses. O conselheiro reconhece melhorias e mais acesso à saúde a partir da implantação da UBS, contudo, avalia que, de forma geral, sempre há alguma demanda não atendida, o que resulta em reclamação por parte da população.

Os principais temas mencionados, cujas demandas são levadas à FMS referem-se à problemas relacionados à infraestrutura das UBS, por vezes considerados atribuição das gerências e dificuldades para se conseguir atendimento nas UBS. Um conselheiro local, referiu, por exemplo, que na parte da manhã o movimento na UBS é muito mais intenso o que leva à formação de filas para atendimento à demanda espontânea e consecução de uma das vagas:

> *A marcação começa às 7 da manhã, porque é por ordem de chegada e a necessidade é grande mesmo. Vamos dizer, hoje tem só tem quinze vagas, que é o máximo aqui, dezesseis né. Mas tem dia que só tem dez, aí tem dia aqui que dá trinta pessoas, quarenta pessoas. Tem pessoas que chegam aqui dez horas da noite para dormir, para o outro dia, tem pessoas que chegam aqui dez horas da noite*. (45CS)

Foi mencionado pelo conselheiro local que a UBS se organiza por atendimento a grupos específicos e visitas domiciliares e que restariam somente dois dias na semana para atendimento à demanda espontânea, indicando certa organização dos processos de trabalho a partir das ações programáticas. Os ACS participam do acolhimento e de ações de acompanhamento das condicionalidades do bolsa família, atividades que acabam por reduzir a disponibilidade para as visitas e ações no território. As dificuldades para atendimento à demanda espontânea seriam maiores para o turno da manhã se comparado à tarde, o que aponta possíveis barreiras organizacionais de acesso em função da organização das equipes por turno contínuo. Em uma das UBSs visitadas, argumentou-se que a maior busca pelo turno matutino se daria em função do perfil de maior vulnerabilidade da população adscrita às equipes da manhã.

6. O desafio da sustentabilidade

Um desafio permanente para a sustentabilidade da APS e do SUS se refere ao financiamento suficiente. Relatou-se que ao longo do tempo o financiamento federal para a ESF, que inicialmente cobria quase a totalidade dos gastos com as equipes, foi paulatinamente sendo substituído pelo financiamento municipal, grande responsável pelo custeio das equipes. Relata-se que mais da metade dos servidores municipais pertenceriam à saúde, com tendência de aumento dos investimentos próprios municipais. Enquanto o custo de uma equipe ESF estaria entre 42 a 74 mil reais, os repasses federais estão em torno de 15 mil:

> *(...) comparando o financiamento que existia naquele momento (início da implantação) com o financiamento que existe hoje. Naquele momento o financiamento era de 120% dos custos de uma equipe, hoje o financiamento é de 25 a 30% dos custos de uma equipe. Então, havia também esse incentivo e as condições materiais para que a gente pudesse fazer aquele processo.* (46PM)

O gestor municipal avalia que os municípios que foram "bons alunos", que aderiram ao PSF, sofrem para manter as políticas, sobretudo pela insuficiente contrapartida federal e quase ausente estadual. Além disso, a capital seria penalizada pelos gastos com média e alta complexidade. O atendimento de usuários não regulados, fora da capital, absorveria parte importante da oferta das urgências e dos hospitais. A coordenação do cuidado dos usuários não residentes acaba por não acontecer, sendo também prejudicada pela incipiência de protocolos de referência para a atenção especializada. O prefeito menciona que municípios que não investiram tanto em atenção especializada e hospitalar podem até ter alcançado melhores resultados em AB. Com a organização da AB, como porta de entrada obrigatória, o município avançou na oferta de média e alta complexidade.

As avaliações foram sinérgicas em relação à fraca articulação e conflituosa relação com o estado no que se refere à oferta de atenção especializada e hospitalar, o que geraria problemas em relação ao custeio dos serviços como maternidades, UPA e hospitais. A oferta municipal teria sido dimensionada para atender a demandas do estado, com custeio próprio. Na cidade proliferam pensões e intermediários que viabilizavam o acesso à saúde para os usuários não residentes em Teresina. Tal cenário introduz dificuldades para o planejamento da ESF uma vez que pessoas de outros municípios e mesmo outros estados, com parentes na capital, se cadastram às equipes. Ademais foi relatado desgaste político por pressões da imprensa, de parlamentares, lideranças comunitárias, sobretudo diante das filas em hospitais e urgências.

Um dos pontos fracos identificados durante o trabalho de campo foi a ausência de menção ao desenvolvimento de estratégias de regionalização e de suas instâncias, como, por exemplo, a CIR. "Regionalização" esteve ausente nas falas de todos os atores entrevistados. O prefeito avaliou que o "espírito de pactuação" e não de regulação do SUS impede o cumprimento das responsabilidades de cada ente na medida em que prevê um comportamento "implícito" dos vários agentes, um comportamento ideal de cumprimento dos acordos. Neste cenário, os municípios seriam o ente mais afetado:

> *Isso é uma questão generalizada, faltou remédio, a justiça aciona união, estado e município. Mas quem paga? O município, é claro. E ao longo do tempo o que aconteceu? (...) os municípios que foram bons alunos dentro dos vários projetos sociais, das várias políticas sociais, especialmente na área da saúde, os municípios hoje têm uma carga muito pesada. Por quê? Porque todos os programas, por exemplo o saúde da família, quando ele começou tinha sobre-financiamento. Hoje é sub, vamos por um terço, 30% do total do saúde da família. Mas não foi só em relação a isso, foi em relação ao CAPS, UPA, CEOs, tabela de procedimento. (...) os municípios que estão na ponta não têm como descontinuar com o serviço. No governo federal você pode congelar um programa e ninguém percebe. Agora, você não pode fechar uma unidade básica de saúde ... É uma crise institucional muito forte, fechar um hospital!* (46PM)

Os recursos humanos representam um grande nó crítico para o município. Antigos servidores estaduais e federais que atuavam no SUS municipal foram gradualmente se aposentando, sem reposição. Ao contrário, o quadro municipal só se amplia. À medida que somente os municípios se ocuparam do plano de carreiras, por exemplo, e que estados e governo federal não repuseram quadros que inicialmente atuavam no SUS, o gasto municipal com recursos humanos tendeu a aumentar:

> *Quando a gente assumiu a gestão em 1996, a Fundação tinha 1156 servidores. Hoje tem mais de 11000 funcionários. Por que? Pela ausência do estado e pela ausência do Ministério da Saúde. A reposição e a expansão é feita pelo município... E sem suportar. Tanto que o município hoje ele gasta com saúde aproximadamente em torno de 35% da receita líquida.* (30P)

Com elevados gastos com pessoal, embora o município cumpra a Lei de Responsabilidade Fiscal, perde-se a capacidade de investimento.

A partir de 2015, a ESF universalizada estaria entrando em sua "rotina", consolidada, mas com dificuldades para assegurar a continuidade das ações para sua qualificação. Os impactos nas condições de saúde já não são tão perceptíveis e intensos, mesmo porque as áreas mais vulneráveis foram as primeiras a serem contempladas, destacou o gestor municipal.

Ainda assim, avalia-se que a ESF

> *…já está internalizada dentro do sistema, já é de fato a porta de entrada. Seria difícil imaginar como é que será o nosso sistema de saúde sem essas noventa unidades básicas de saúde, sem as suas equipes, sem esse verdadeiro exército de agentes comunitários de saúde (46PM).*

Também foi ressaltado que o processo crescente de qualificação da AB seria o "maior antídoto" contra a contestação do sistema público de saúde.

A complexidade dos problemas de saúde e da formação profissional, com hegemonia da dimensão curativa, são desafios constantes. Ainda assim, há o reconhecimento de que as equipes SF não são homogêneas e que há espaços para a criatividade nos respectivos processos de trabalho. Outro desafio mencionado é a capacitação dos profissionais médicos, sobretudo pela rotatividade. A necessidade de qualificar o processo de

trabalho na ESF levou à recente (2019) criação de quatro regionais, com aproximadamente 20 UBS cada, com profissionais responsáveis pelo acompanhamento mais próximos das equipes. A FMS segue uma diretriz de evitar descontinuidades na prestação dos serviços a partir de uma política de reposição de servidores em férias e licença.

O acolhimento nas UBS foi apontado como um ponto crítico, com impactos na satisfação dos usuários. A gestão mencionou processos de Educação Permanente que tentam englobar todos os servidores, inclusive o pessoal de apoio. Durante as visitas aos serviços de saúde, observou-se algumas características na organização do processo de trabalho que sugeriam forte atuação programática, menos flexíveis ao atendimento da demanda espontânea. Em algumas UBS, listas de documentos estavam afixadas na recepção como requisito para o acesso.

O redimensionamento do papel do ACS foi considerado importante para a sustentabilidade do caráter comunitário das ações da ESF. O papel inicial do agente era cadastrar a população e junto à enfermagem confeccionar a planta ou "croqui" com a identificação das famílias e dos recursos do território. A partir das visitas, realizava o encaminhamento das demandas para as equipes SF. Entre as atividades realizadas no município estavam: pesagem e medição das crianças, distribuição de soro caseiro, de hipoclorito, além das capacitações para atuarem nos programas (hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose) junto à equipe. Era monitorado o número de visitas mensais e todas as famílias prioritárias tinham que ser visitadas. Com o tempo, a execução e monitoramento destas ações teriam se alterado, ao mesmo tempo em que o perfil do ACS mudou, muitos dos quais, universitários. Segundo participante do grupo de pioneiros muitos ACS atuais não possuem mais o perfil para o trabalho comunitário e buscam apenas manter o emprego. Foi criticada a forma de contratação via concurso público, que privilegia candidatos com maior formação que, pela falta de oportunidades, optam pelo trabalho como ACS.

Ressaltou-se que as atividades se mantêm as mesmas – reconhecimento do território, diagnóstico, cadastramento, acompanhamento mensal, planejamento das visitas – embora o perfil do ACS seja outro:

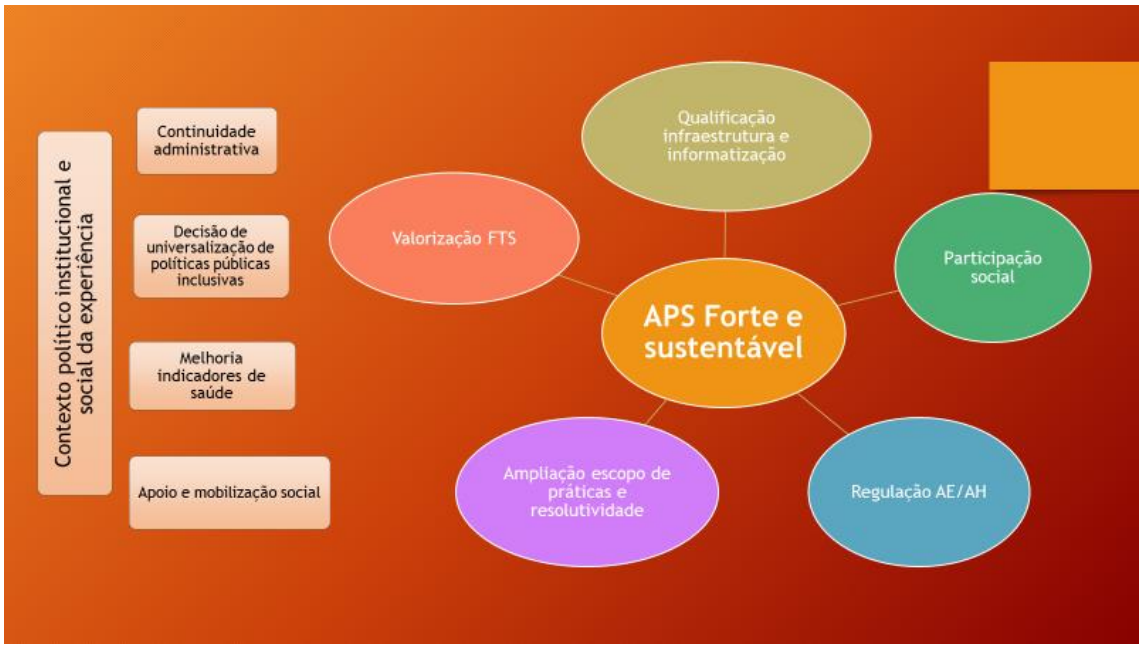
> *Temos muita dificuldade hoje de fazer os agentes compreenderem a importância do papel deles nessa visita, nesse elo que eles fazem de levar algumas coisas que não são percebidas lá na unidade básica, dessa família que é atendida pontualmente. Eles vêm coisas que você não observa, algumas coisas que você não consegue perceber, só nas casas. Então têm realmente essa dificuldade hoje do agente não compreender direito o papel dele. (*37P)

7. Lições aprendidas

Teresina é um exemplo emblemático de universalização da atenção básica via ESF, por meio de iniciativas de gestão e prestação de serviços públicos. É um modelo inspirador com potencial para aplicação em outros municípios do país, em especial os de grande porte populacional. Graças às iniciativas municipais, a partir de 2005, a ESF passou a cobrir mais de 90% da população, alcançando a totalidade dos residentes de Teresina desde 2015. A cobertura de saúde bucal via ESF também é praticamente universal (97,8%) no município.

Os componentes da estratégia de universalização de uma APS forte e sustentável no SUS em Teresina são sintetizados no diagrama 1. Um contexto político institucional e social da experiência favorável, com decisão pela universalização de políticas públicas inclusivas (não apenas de saúde), continuidade administrativa, apoio mobilização social e sucesso na melhoria dos indicadores de saúde, possibilitou a implantação de uma APS forte e sustentável, por meio das estratégias de qualificação da infraestrutura e informatização, ampliação do escopo de práticas e resolutividade na AB, regulação para acesso à atenção especializada e hospitalar a partir da AB, valorização da força de trabalho em saúde e promoção da participação social.

Diagrama síntese da experiência de implnatacao de APS forte no SUS em Teresina (PI)



O caso de Teresina reforça a concepção de que a adesão aos princípios do SUS e aos atributos da APS, juntamente com o conhecimento acumulado na avaliação da atenção básica são adequados para delinear o enfrentamento aos desafios da ESF no país. (Rede de Pesquisa em APS, 2018; Facchini et al, 2018). Teresina foi bem-sucedida ao organizar uma APS Forte para responder às demandas dos usuários e melhorar as condições de saúde da população.

Parte importante dos avanços da APS em Teresina dependeu do destacado compromisso do município com o financiamento da saúde, conforme indica a Tabela 11 para o período 2010-2018. Em 2010, o gasto total com saúde por habitante (R$607,43)

de Teresina era 63% superior à média nacional, tornando-se 76% maior em 2018 (R$1.337,24), expressando um crescimento 20% superior ao observado no conjunto dos municípios do país. O fortalecimento da APS e do SUS também é evidenciado no aumento da proporção de gasto com pessoal, em relação à despesa total, que passou de 52,2% em 2010, para 58,9% em 2018, enquanto a média nacional mostrou uma redução de 47,3% para 43,6%. Outro indicador importante do compromisso de Teresina com a viabilização do SUS é observado no aumento da proporção de recursos próprios municipais em saúde, que em 2010 era de 30,7%, superando a média nacional em 34% e em 2018 alcançou 34,6%, ultrapassando o padrão nacional em 51%. Já as transferências Fundo a Fundo para o bloco de Atenção Básica cresceram 45% no período de 2010 a 2015, mas de 2015 para 2017 diminuíram cerca de 6%.

A iniciativa da gestão municipal em torno de um projeto de universalização da ESF e de políticas inclusivas do SUS e da APS foi favorecida pelo consenso social e a continuidade administrativa. O envolvimento dos movimentos sociais contribuiu para a implantação da ESF, inicialmente em áreas de maior vulnerabilidade e posteriormente para sua universalização. A ESF foi considerada estratégica para o enfrentamento de determinantes sociais que afetam a saúde, por sua ênfase em ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, aliada ao cuidado oportuno.

A definição política da ESF ser o serviço de primeiro contato e porta de entrada ao SUS em Teresina expressa-se no reconhecimento pelos usuários como seu serviço de procura regular, conforme também apontam outros estudos (Silva et al., 2018).[7] A procura da unidade de APS é reconhecida pelos usuários como necessária para o acesso a uma consulta com especialista. O acesso mais frequente do usuário à atenção especializada ocorre por meio de encaminhamentos das UBS (Silva et al, 2018).[8]

A análise da APS em Teresina indica um aprendizado gerencial contínuo da FMS e das equipes da ESF, com melhoria da eficiência na organização dos serviços e dos processos de trabalho. A valorização da força de trabalho é característica central da experiência do município, expressa tanto na obrigatoriedade de concurso público e PCCS, quanto no aumento da razão por 1.000 habitantes de médicos (32%), enfermeiros (100%) e odontólogos (15%) atendendo no SUS, no período 2010-2018 (Tabela 10). A efetividade desta iniciativa no provimento profissional resultou na suficiência de médicos na rede básica, com a totalidade das equipes da ESF completas, levando Teresina a não requerer profissionais do PMM, em contraste com a grande maioria de municípios, inclusive os de grande porte localizados em regiões mais ricas do país. Além disso, a quase totalidade das UBS apresenta estrutura adequada às suas funções, inclusive na zona rural com a maioria reformada e ou construída nova.

Observou-se uma forte motivação dos dirigentes e trabalhadores de saúde, com estratégias institucionais direcionadas à identificação de lideranças e profissionais empenhados na qualificação dos serviços e implantação de inovações. Dentre os vários

[7] Na aplicação de PCAtool em amostra de 301 homens adultos usuários das UBS de Teresina observou-se que 88% dos entrevistados consideravam o médico da ESF ou a UBS como seu serviço de referência e procura regular. O componente Utilização, que qualifica o acesso, também obteve alto escore, evidenciando que os usuários reconhecem a APS como principal porta de entrada para os serviços de saúde do SUS (Silva et al., 2018).

[8] Não obstante, os resultados do estudo apontaram limites na efetivação dos outros atributos da APS na experiência de homens adultos (Silva et al, 2018).

exemplos valiosos da experiência da capital piauiense, cabe destacar a evolução dos sistemas de informação e regulação em saúde. A totalidade das UBS está informatizada, apesar do relato de problemas, seja de conectividade, ou de plena utilização da informação eletrônica. O e-SUS está plenamente implantado na ESF, havendo facilidade na obtenção de relatórios gerenciais e de desempenho. O prontuário eletrônico do cidadão (PEC) é acessível em qualquer UBS da rede básica e o município apresenta baixa proporção de óbitos por causas mal definidas.

A ampliação do escopo de práticas, a coordenação do cuidado e a organização de uma complexa rede de serviços próprios do SUS contribuíram para aumentar a capacidade resolutiva da ESF, com impactos históricos na redução da mortalidade infantil, das taxas e da proporção de ICSAP sobre o total de internações do município com expressivos melhores resultados em comparação com outros três casos.

Uma das iniciativas de relevância neste contexto é o Centro de Diagnóstico Raul Bacellar, um laboratório público de análises clínicas da Prefeitura Municipal de Teresina, que também apoia a rede hospitalar. O laboratório municipal dispõe de postos de coleta informatizados nas UBS e realiza cerca de 220 mil exames por mês para diagnóstico dos mais variados tipos de doenças, nas áreas de bioquímica, hematologia, imunologia, hormônios, sorologia, citologia oncótica, urinálise, parasitologia, baciloscopia, teste rápido molecular (TRM) e cultura para tuberculose. Segundo informações de profissionais das equipes da ESF e gestores da FMS, o laboratório não opera com cotas de exames por equipe e consegue atender a totalidade da demanda. Conforme relata a diretora do Raul Bacellar, o laboratório alcança uma eficiência significativa na realização dos exames, apesar da defasagem da tabela de valores estabelecidos no SUS.

Além disso, o laboratório processa dados de saúde imprescindíveis ao gerenciamento das ações estratégicas em saúde pública do Piauí. A iniciativa municipal de fortalecer as ações do laboratório público, que é referência de qualidade no estado do Piauí, é confirmada com a inauguração da nova sede. Com melhor área construída, equipamentos atualizados e disponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual para todos os trabalhadores, o novo laboratório atende os requisitos da vigilância sanitária. O controle de qualidade interna da unidade laboratorial também é prioridade, com a manutenção e calibração periódica dos equipamentos por um bioquímico, que analisa regularmente uma amostra dos exames realizados eletronicamente.

Teresina, capital de um dos estados mais pobres do país, enfrenta assim um dos grandes gargalos do SUS, que é o acesso a exames laboratoriais de média complexidade, por meio de um serviço público com eficiência e qualidade. Com economia de escala e aprendizado gerencial alcançou reduzir preços e ampliar o acesso. Garante para toda a população exames laboratoriais com acesso facilitado, com postos de coleta em todas as UBS, tornando-as mais resolutivas e potencializando os atributos de uma APS forte que é ser o primeiro ponto de contato, serviço de procura regular para cuidados de saúde, porta de entrada resolutiva. Soma-se a isso, o fato de a coleta de exames solicitados pela atenção especializada ser também realizada na UBS de referência do cidadão, o que contribui para vincular o usuário à sua UBS. Destaca-se assim frente à realidade da maioria dos municípios brasileiros que não prestam serviços próprios e ou compram serviços insuficientes com elevados preços e não dispõem de coleta nas UBS. Conforme dados do PMAQ-AB, segundo ciclo, apenas 43% das equipes de saúde da família no país atuam em UBS que coletam material para exame de sangue (Giovanella

et al., 2018). O Laboratório é um exemplo exitoso da aposta de Teresina na universalização do acesso no SUS com um sistema totalmente operado pelo setor público.

Outra iniciativa de fortalecimento da capacidade resolutiva da rede básica municipal e de ampliação do escopo de práticas é sua integração na rede de serviços do SUS o Centro Integrado de Saúde Lineu Araújo, um ambulatório que atende 32 especialidades médicas, programas e serviços especiais e procedimentos, inclusive exames de imagens, exclusivamente pelo SUS. O acesso ao Lineu Araújo ocorre mediante o encaminhamento de usuários pela equipe da ESF, por meio da solicitação de consulta à Central de Regulação. A Central de Laudos de Teresina é responsável pela interpretação dos exames de imagem da rede municipal de saúde.

Apesar da relevância da iniciativa pública para fortalecimento da APS no município foram relatados problemas com a suficiência e agilidade na realização dos atendimentos e procedimentos especializados solicitados pelas equipes da ESF. Estes problemas são agravados em consequência de Teresina ser referência no atendimento de especialidades para todos os municípios do estado do Piauí e mais 27 municípios do Maranhão. Portanto, além de ampliar serviços especializados próprios no município, observa-se a necessidade de implantar serviços especializados em polos regionais no estado, de modo a facilitar o acesso de usuários da capital aos serviços da FMS de Teresina. Outra carência estrutural de apoio à atenção básica que merece registro no município é a implantação de apenas três NASF para atender uma rede de mais de 260 equipes da ESF, ainda que outros serviços de apoio estejam disponíveis.

A organização das UBS com mais de uma equipe de Saúde da Família atuando em um turno estendido com profissionais trabalhando menor número de horas, se por um lado permitiu a adesão dos profissionais e ampliação do acesso com UBSs abertas por mais tempo, ao mesmo tempo, pode implicar em barreiras com sobrecarga de atendimento à demanda espontânea no turno da manhã e descontinuidades de vínculo afetando a efetivação dos atributos essências e derivados da APS.

O desafio em garantir acesso oportuno conforme necessidades individuais e ações programáticas com prioridade para grupos populacionais, parece ser equacionado com diferentes estratégias nas diversas UBS.[9] Garantir o acesso a todos, combinando a atenção programada para grupos prioritários e ou agravos crônicos e a atenção à demanda espontânea de casos agudos é um desafio sempre presente.

Um aspecto ainda não bem equacionado no modelo assistencial da saúde da família é qual seria o bom equilíbrio entre atendimento de demanda espontânea e demanda programada, garantindo o cuidado oportuno sem descuidar das ações programáticas. Por vezes, confunde-se a necessidade de responder adequadamente à abordagem populacional por meio de ações programáticas, com o engessamento e ou sobrecarga

[9]Estudo com aplicação de PCATool em Teresina encontrou que o atendimento se processa principalmente com prévia marcação de consulta, com exceção de pequenas urgências (Silva et al 2018). Outro estudo mostrou que as consultas de diabetes, nas UBS pesquisadas eram realizadas semanalmente em um dia específico (Almeida et al., 2017).

da agenda com consultas previamente agendadas. No outro extremo, a obsessão pelo atendimento oportuno torna a UBS em um pronto atendimento, descurando todos os outros atributos essenciais e derivados da APS.

Ainda que a UBS seja de porta aberta e cumpra com a função de *gatekeeper*, em que todo o acesso à atenção especializada somente ocorre a partir do encaminhamento da atenção básica, durante a visita a Teresina não foi possível observar se ocorre competição pelo primeiro atendimento com os prontos atendimentos dos pequenos hospitais municipais existentes.

Após um período de avanços marcantes, os resultados em saúde no município apontam para a necessidade de uma maior efetividade das ações da rede de serviços do SUS, em particular da ESF. Por exemplo, somente no primeiro semestre de 2019, cerca de 230 gestantes foram diagnosticadas com sífilis na capital piauiense. O resultado indica a gravidade deste problema de saúde pública, cuja notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica em gestantes foi estabelecida no país apenas em 2005. No período de 2010 a 2017, as taxas de detecção de sífilis em gestante e da sífilis congênita aumentaram linearmente (Tabela 4). Embora boa parte do aumento de casos em gestantes e recém-nascidos seja decorrente de maior preocupação diagnóstica e notificação, quase metade dos diagnósticos de sífilis congênita em 2017 ocorreram no parto e após o nascimento do bebê. Além disso, 95% dos diagnósticos ocorreram em crianças cujas mães tiveram tratamento inadequado ou não realizado e metade de seus parceiro4s não foram tratados.

A necessidade de uma ação urgente para combater o problema foi detectada pela FMS que iniciou um plano para enfretamento da doença em Teresina. O plano prevê a capacitação permanente dos profissionais de saúde, a sensibilização dos usuários sobre a doença e a ampliação de locais que realizam o teste rápido de sífilis, com o tratamento imediato de usuários positivos. (http://www.fms.teresina.pi.gov.br/noticia/2889/fms-inicia-plano-para-enfretamento-da-sifilis-em-teresina; http://indicadoressifilis.aids.gov.br/). Esta iniciativa poderá reverter um problema de natureza complexa, mas com forte vinculação aos serviços de APS. No Brasil até 2015, apenas profissional de saúde com ensino superior podia aplicar a penicilina. Atualmente profissionais com curso técnico também estão autorizados a aplicar a medicação. A resistência de profissionais de saúde em aplicar a penicilina por temor a efeitos colaterais de baixo risco, dificulta a redução de casos de sífilis no país (Brasil, 2006).

Outro desafio da APS em Teresina é a cobertura vacinal de crianças, que mostra queda expressiva ao longo do tempo, à semelhança do observado no país. As vacinas contra poliomielite, a tríplice viral, pentavalente caíram para menos de 70% em 2017 e não superaram 80% em 2018, indicando a necessidade de iniciativas urgentes para superar o problema e fortalecer a APS em Teresina.

A mortalidade pós-neonatal (28 a 364 dias) diminuiu em Teresina no período de 2010 (4,3/1000NV) a 2013 (3,8/1000NV), mas voltou a aumentar em 2016 (4,4/1000NV). A mortalidade materna (coeficiente por 100.000 nascidos vivos) também diminuiu no período de 2010 (66,8) a 2013 (37,4), aumentando em 2016 (52,0) (Tabela 3). Estes achados sugerem uma dificuldade da rede de saúde, inclusive de APS, em minimizar os

efeitos da crise social e econômica sobre a saúde e manter os melhores padrões observados anteriormente.

Neste contexto, as lições aprendidas com a experiência de Teresina indicam que apesar de haver construído uma fortalecida rede básica com infraestrutura pública e facilidade de acesso aos usuários, seus grandes desafios são similares àqueles observados no país: qualificar as ações da ESF para garantir a integralidade do cuidado e o impacto positivo nas condições de saúde da população, conforme mencionado em entrevista com o prefeito municipal. A integralidade é o princípio do SUS mais diretamente conectado à qualidade da ESF, capaz de promover um ciclo virtuoso ao ser combinada com a universalização e a equidade dos cuidados ofertados. A análise da completude das ações de saúde oferece uma valiosa aproximação da integralidade e possibilita captar aspectos da qualidade estrutural, organizacional e da prática profissional (Facchini et al, 2018; Tomasi et al, 2017).

Para isso, será fundamental apostar na formação e educação permanente de gestores e profissionais de saúde da ESF, com expansão do número de trabalhadores com especialização, residência e mestrado profissional em Saúde da Família. Direcionar a formação e a educação permanente de profissionais de saúde e gestores, para os atributos da APS e para as necessidades de saúde da população e dos usuários sob responsabilidade das equipes da ESF, por meio da expansão de abordagens e dispositivos de educação a distância, beneficiará a qualidade dos cuidados clínicos e das ações coletivas (Facchini et al, 2018). Valorizar o delineamento e a execução de intervenções dirigidas às prioridades e debilidades da ESF também são iniciativas com boa perspectiva de sucesso. A superação dos desafios da APS em Teresina será de grande relevância para o país, não apenas em função da restrição financeira para os serviços públicos e de estagnação da economia, mas principalmente em decorrência das graves ameaças atuais de desmantelamento do SUS.

8. Referências

Almeida, Camila Aparecida Pinheiro Landim; Cruz, Jardel Nascimento da; Fernandes, Débora Rodrigues; Silva, Lauryanna de Queiroz; Lima, Carlos Henrique Ribeiro de; Lago, Eliana Campêlo. Formação do enfermeiro na atenção básica: ações educativas com pessoas que vivem com Diabetes mellitus. Acta sci., Health sci; 39(2): 189-197, July-Dec. 2017.

Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities Am J Public Health. 2009; 99(1):87-93.

Basu S, Andrews J, Kishore S, Panjabi R, Stuckler D. Comparative performance of private and public health care systems in low and middle-income countries: a systematic review. Plos Medicine 2012; 9(6):1-14.

Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS NOB1- 96. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html acesso em 29.10.2019

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, Série Manuais 24, 2a. ed.; 2006.

Carvalho MS, Santos NR, Campos GWS. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. Saúde em Debate. 2013; 37(98): 372-387.

Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. Saúde debate [Internet]. 2018 Sep [cited 2019 Oct 15] ; 42(spe1): 208-223. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500208&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s114.

Ferreira, Beatriz Rocha; Silva, Franciele Pereira; Rocha, Francisca Cecília Viana; Oliveira, Adélia Dalva da Silva; Amorim, Fernanda Cláudia Miranda. Acolhimento ao idoso na atenção básica: visão do usuário. Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online) ; 10(3): 669-674, jul.-set. 2018.

FMS/RB- Centro Diagnóstico Raul Bacellar. O Laboratório Dr Raul Bacellar em 27/03/2019. Teresina: Prefeitura de Teresina/FMS; 2019.

Giovanella et al. Contribuições dos estudos PMAQ-AB para a APS no Brasil. In: Mendonça MHM et al. Atenção primária à saúde no Brasil. Conceitos práticas e pesquisas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.569-610.

Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MCS Minayo, organizadora. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes; 2002. p.67-80.

Guanais FC MJ. Primary Care and Avoidable Hospitalizations: Evidence From Brazil. J Ambul Care Manag [internet] [Internet]. 2009; abril-jun(2):115–22. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19305223

Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. Br J Gen Pract. 2013;63(616):e742–e750. doi:10.3399/bjgp13X674422

KringoS, D.S. *et al*. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC HSR, London, v. 10, n. 1, p.65-78, 2010.

Machado EMG. O Conselho Municipal de Saúde de Teresina como Efetivo Instrumento do Controle Social na Política de Saúde Local: Limites e Possibilidades. Dissertação de Mestrado em Políticas Públicas. UFPI, Teresina, 2006.

Macinko J, de Souza MFM, Guanais FC et al. Going to scale with community-based primary care: An analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999–2004. Soc Sci Med [internet] [Internet]. 2007; nov [acess(10):2070–80. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17689847

Macinko J, Dourado I, Aquino R, et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. Health Aff (Millwood). 2010; 29(12):2149-60.

Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. Saúde em debate [Internet]. 2018 Sep [cited 2019 Oct 15] ; 42(spe1): 18-37. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500018&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s102.

Macinko J. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. J Epidemiol Community Heal [internet] [Internet]. 2006; Jan [acess(1):13–9. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16361449

Macinko, J.; Oliveira, V. B.; Turci, M. A.; Guanais F. C.; Bonolo, P. F.; Lima-Costa, M. F. The Influence of Primary Care and Hospital Supply on Ambulatory Care–Sensitive Hospitalizations among Adults in Brazil, 1999–2007. American Journal of Public Health, v. 101, n.10, p. 1963-70, 2011.

O Globo. Dados do IDEB apontam Teresina como a melhor educação dos primeiros anos do ensino fundamental. 04/09/2018. Disponível em: https://g1.globo.com/pi/piaui/noticia/2018/09/04/dados-do-ideb-apontam-teresina-como-a-melhor-educacao-dos-primeiros-anos-do-ensino-fundamental.ghtml acesso em 27/10/2019.

Odendaal WA, Ward K, Uneke J, Uro-Chukwu H, Chitama D, Balakrishna Y, Kredo T. Contracting out to improve the use of clinical health services and health outcomes in low- and middle-income countries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 4. Art. No.: CD008133. DOI: 10.1002/14651858.CD008133.pub2. disponível em: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008133.pub2/epdf/full

Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília: OPAS; 2018. p.218.

Rasella D. et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. BMJ, London, v. 348, g4014, 2014.

Rasella, D; Aquino, R; Barreto, ML. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. BMC Public Health 2010; 10:380.

Rayol PAA. Fundações públicas e privadas. JUZ.com.br; 2017. disponível em https://jus.com.br/artigos/59258/fundacoes-publicas-e-privadas acesso em 12.09.2019.

Rede de Pesquisa em APS. Contribuição para uma agenda política estratégica para a Atenção Primária à Saúde no SUS. Saúde debate [Internet]. 2018 Sep [cited 2019 Oct 15] ; 42(spe1): 406-430. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500406&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s128.

Santos TMMG,Nogueira LT, Arcêncio RA,. Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no controle da tuberculose. Acta paul. enferm; 25(6): 954-961, 2012.

Santos TMMG, Nogueira LT, Santos LNM, Costa CM.O acesso ao diagnóstico e ao tratamento de tuberculose em uma capital do nordeste brasileiro. Rev. enferm. UERJ; 20(3): 300-305, jul.-set. 2012a.

Silva AN, Silva SA,Silva ARV, Araújo TME,Rebouças CRA, . A avaliação da atenção primária a saúde na perspectiva da população masculina. Rev. bras. enferm; 71(2): 236-243, Mar.-Apr. 2018.

Sisson MC et al. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. Saude soc. 2011, 20 (4):991-1004.

Teixeira M, Matta GC, Silva Jr AG. Modelos de gestão na Atenção primária à saúde: uma análise crítica sobre gestão do trabalho e produção em saúde. In: Mendonça MHM et al. Atenção primária à saúde no Brasil. Conceitos práticas e pesquisas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.117-141.

Teresina PM. Lei complementar Nº 3.746 de 4 de abril de 2008. Institui o Plano de Cargos, Carreiras e Salários para os servidores públicos efetivos, integrantes dos Grupos Funcionais Básico, Médio e Superior do Município de Teresina, que formam o quadro de pessoal da Administração Direta e Indireta e dá outras providências. Teresina (PI), 2008.

Teresina PM. SEPLAN. Teresina Perfil Municipal. 2018.

Teresina, Fundação Municipal de Saúde. Diretoria de Articulação das Ações Assistenciais. Gerência de Atenção Básica. Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica e Ambulatórios do Município de Teresina. Teresina, 2016. Disponível em: http://www.fms.teresina.pi.gov.br/system/downloads/docs/133/original_protocolo_enfermagem.pdf?1531745297

Tomasi E, Cesar MADC, Neves RG, et al. Diabetes Care in Brazil: Program to Improve Primary Care Access and Quality — PMAQ. The Journal of ambulatory care management. 2017; 40(supl. 2):S12.

Anexo 1

PROGRAMAÇÃO E ROTEIRO DE ENTREVISTAS

LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE FORTE EM TERESINA-PI - FMS/OPAS

"Consolidação da estratégia saúde da família como modelo único e universal de atenção primária à saúde e porta de entrada eletiva do SUS em Teresina"

Objetivos de estudo (sempre apresentar aos grupos/entrevistados):

Dimensões de análise e componentes:

- Estratégias político institucionais para implantar a inovação (atores, lideranças, pioneiros, enfretamento de conflitos);
- Processos organizacionais e de prática profissional;
- Qualificação da estrutura física e informatização;
- Fortalecimento e valorização dos recursos humanos;
- Ampliação do escopo de ações e adensamento tecnológico;
- Formação de rede e regulação de acesso à atenção especializada.

SEGUNDA-FEIRA DIA 25/03

08h30min às 09h30min - Acolhida do presidente da FMS - Prof. Charles Silveira

- Descrever a função da Fundação Municipal de Saúde e papel na implantação da atenção básica.
- Efeitos na estruturação da rede, eficiência, equidade, no acesso e satisfação usuários na perspectiva dos gestores e profissionais (considerar pontos fortes e fracos), efeitos inesperados positivos e negativos;
- Sustentabilidade da inovação.

09h30min às 11h30min - Consolidação da ESF em Teresina como modelo único de APS - Entrevista com Sílvio Mendes – entrevista em profundidade

- História da atenção básica em Teresina;
- Transformação do modelo através do fortalecimento e valorização de RH (qualificação e incentivos financeiros);
- Ordenamento da porta de entrada eletiva;
- Cobertura universal;
- Efeitos na estruturação da rede, eficiência, equidade, no acesso e satisfação usuários na perspectiva dos gestores e profissionais (considerar pontos fortes e fracos), efeitos inesperados positivos e negativos;
- Sustentabilidade da inovação;
- Pontos fortes e fracos da inovação.

12h às 14h - Intervalo Almoço

14h30min às 16h30min - Roda de conversa com Profissionais pioneiros na ESF em Teresina (Geraldo Magela, Roberspierre, Ariosto, Jesus, Ernesto, Maria Vieira, Pádua, Clara Leal, Alduína). – entrevista coletiva

- Atores, lideranças pioneiras na implantação da inovação;
- Condições/atores que propiciaram a implantação da inovação;
- Estratégias para envolvimento e valorização dos profissionais de saúde;
- Qualificação e incentivos financeiros para a atenção básica;
- Definição de prioridades e territórios de atuação da ESF;
- Principais conflitos evidenciados e estratégias de enfrentamento;
- Acesso à rede assistencial e estratégias de integração da rede para coordenação do cuidado;
- Papel dos ACS;
- Contingente de profissionais na APS, tipo de vínculo de trabalho.

17h às 18h30min - Roda de conversa com representantes dos segmentos usuários, trabalhadores, prestadores e gestores de saúde que desbravaram o controle social em Teresina (Rosângela Sousa, Inácio Schultz, Bartolomeu, Silvana) – entrevista coletiva

- Apresentação dos participantes: há quanto tempo ou qual período participa(ou) do CMS?; qual segmento representado no CMS?;
- Qual a importância do CMS na implantação da ESF como modelo único para a APS no SUS em Teresina;
- Atores, lideranças pioneiras na implantação da inovação;
- Condições/atores que propiciaram a implantação da inovação;
- Iniciativas intersetoriais da Secretaria Municipal de Saúde (institucionalidade das ações intersetoriais no município;
- Iniciativas intersetoriais desenvolvidas no território pelas equipes de Saúde da Família;
- Participação popular para incidir na determinação social, promover saúde e reduzir iniquidades;
- Principais conflitos evidenciados e estratégias de enfrentamento.

<u>TERÇA-FEIRA DIA 26/03</u>

08h30min às 09h30min - Qualificação e informatização das UBS e do complexo regulador - Visita à GISAB

- O que é e qual a função da GISAB?;
- Como foi o processo de informatização das Unidades Básicas de Saúde?;
- Registro eletrônico em saúde – prontuário eletrônico integrado APS-AE?;
- Implantação do E-SUS? Qual a modalidade? Como funciona o E-SUS (observação em tempo real);
- Hórus (Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica)?;
- Monitoramento e acompanhamento em tempo real;
- Importância do Requalifica para a informatização das UBS;
- Telemonitoramento, Telessaúde (EAD);

- Facilitação do acesso da população a informações sobre as ações e os serviços de saúde (por exemplo: listas de espera, horários, serviços ofertados), com uso de tecnologia da informação e outros dispositivos de divulgação?

10h às 11h30min - Visita a UBS (zona urbana)

- Primeiro contato e acessibilidade: utiliza estratégias de ampliação das formas de acesso à APS, como acesso avançado, acesso não presencial e horário estendido;
- Acolhimento;
- Ferramentas digitais para comunicação não presencial entre equipe e pessoas (por exemplo: marcação não presencial de consultas, teleconsulta, e-mail, aplicativos);
- Estratégias para atendimento da demanda espontânea e programada;
- Carteira de serviços;
- Classificação de risco e vulnerabilidade;
- Clínica ampliada com foco na escuta qualificada e valorização dos diversos saberes e práticas integrativas complementares;
- Academias da saúde e NASF;
- Mapas da equipe; território;
- Prontuário eletrônico compartilhado e E-SUS;
- Qualificação do processo de referência e contrarreferência;
- Apoio assistencial às equipes de APS: cuidado compartilhado, interconsultas, NASF, matriciamento, de forma presencial ou a distância;
- Acesso à atenção especializada e hospitalar;
- Acesso ao transporte para equipe e usuários de UBS rurais;
- Integração ensino-serviço – parceria com instituições acadêmicas.

14h30min às 17h - Visita à Central de Regulação Ambulatorial, Hospitalar e de Transporte:

- Desenvolvimento de sistema de regulação próprio "Gestor Saúde" centrado na APS, utilizando tecnologias de informação e comunicação;
- Coordenação do fluxo de marcação de consultas e exames especializados com transparência na fila de espera;
- Prestadores públicos e privados regulados (municipais, estadual e federal);
- Suficiência da oferta de serviços de saúde para retaguarda terapêutica;
- Tempos de espera;
- Desenvolvimento de estratégias de redes sociais e mensagens SMS informando o usuário do atendimento para evitar perdas, absenteísmos e garantir efetividade;
- Protocolos clínicos de regulação;
- Qualificação do processo de referência e contrarreferência;
- Transporte Sanitário.

<u>QUARTA-FEIRA DIA 27/03</u>

08h30min às 10h - Ampliação da ESF e adensamento tecnológico com forte apoio diagnóstico-terapêutico - Entrevista com o Prefeito e ex-gestor da FMS Firmino Filho.

- Atores, lideranças pioneiras da implantação da inovação;
- Condições/atores que propiciaram a implantaçãoda inovação;
- Estratégias para envolvimento e valorização dos profissionais de saúde;
- Ampliação do escopo de práticas na ESF;
- Estratégias para promover adensamento tecnológico, utilizando tecnologias de informação e equipamentos diagnósticos e terapêuticos (por exemplo: ultrassonografia, eletrocardiograma) de forma presencial ou a distância;
- Efeitos na estruturação da rede, eficiência, equidade, no acesso e satisfação usuários na perspectiva dos gestores e profissionais (considerar pontos fortes e fracos), efeitos inesperados positivos e negativos;
- Sustentabilidade da inovação;
- Pontos fortes e fracos da inovação.

10h30min às 12h - Visita ao laboratório Raul Bacelar

- Experiência exitosa de diagnóstico-laboratorial que ampara e fortalece as ações desenvolvidas na ESF;
- Ampliação do escopo de práticas e resolutividade na ESF;
- Estratégias para promover adensamento tecnológico, utilizando tecnologias de informação e equipamentos diagnósticos e terapêuticos (por exemplo: ultrassonografia, eletrocardiograma) de forma presencial ou a distância?.

14h30min às 16h - Fortalecimento da AB como produto e produtor do conhecimento - Roda de conversa sobre experiências de integração Ensino-Serviço-Comunidade (residência médica e multiprofissional, PET SAÚDE, Curso de Atualização, Mestrado Profissional).

- Participação no PMM no município;
- Problemas de fixação e rotatividade e estratégias de enfrentamento;
- Estratégias de educação permanente (elaboração do plano de formação profissional com ênfase nas especificidades da APS?);
- Estratégias para provimento de médicos para a APS em áreas com alta taxa de rotatividade profissional ou dificuldade de alocação de médicos;
- Plano de capacitação e formação de gestores;
- Oferta de mestrado profissional, especialização, programa de residência em APS;
- Integração ensino-serviço – parceria com instituições acadêmicas;
- Carteira de serviços com garantia dos recursos (insumos, equipamentos, etc);
- Competências profissionais que garantam a plena execução da carteira de serviços;
- Atuação clínico-assistencial de todas as categorias profissionais das equipes de APS, com a utilização de protocolos multiprofissionais baseados em evidência científica;

16h30min às 18h - Visita ao Polo de Academia de Saúde da Santa Isabel - promoção da saúde e inclusão social no território.

<u>QUINTA-FEIRA DIA 28/03</u>

08h30min às 10h - Consolidação da experiência de integração no cuidado materno infantil como estratégia inovadora e exitosa da APS - Visita à UBS Poty

- Atributos da atenção básica com foco na atenção materno-infantil;
- Desenvolvimento de grupos educativos de pré-natal com a participação do parceiro/acompanhante e, na oportunidade, realização do pré-natal do homem; vinculação e classificação de risco.

10h30min às 12h - Visita à maternidade do Buenos Aires

- Acolhimento e vinculação da rede de saúde com visitas acompanhadas à maternidade (mãe, família e ESF), bem como ações integradas a outras políticas, como a Assistência Social através do **programa Mãe Teresinense** (condicionalidades de acesso ao transporte e ao enxoval);
- Contrarreferência das maternidades para a Atenção Básica oportunizando a consulta puerperal e da criança na primeira semana de vida; certidão de nascimento, cartão SUS.

15h às 17h30min - Visita a UBS (zona rural)

- Trabalho de equipe, necessidades e vulnerabilidades da população rural e as especificidades dos serviços, atividades integrativas e complementares exitosas.

SEXTA-FEIRA DIA 29/03

10h30min às 12h30min - Experiências exitosas de ESF com controle social e comunidade

- Empoderamento, autonomia e promoção da saúde-conselho local-formação de liderança, PSE-saúde na escola, RIA (rede de instituições e articulações), matriciamento.

Apêndice 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Laboratórios de Inovação sobre Atenção Primária à Saúde Forte: estudos de caso

Pesquisadores Responsáveis: Aylene Bousquat; Elaine Thumé; Ligia Giovanella, Luiz Augusto Facchini

O Sr(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa: "Laboratórios de Inovação sobre Atenção Primária à Saúde Forte: estudos de caso". Sua cidade de atuação foi escolhida para a realização da pesquisa, pois é reconhecida por práticas inovadoras desenvolvidas no SUS, especialmente em estratégias inovadoras de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), que agregam valor para o usuário final, promovendo a melhoria do cuidado em saúde. Os objetivos da pesquisa são: o de analisar e sistematizar experiências inovadoras no SUS, tomando como referência a construção de Atenção Primária à Saúde Forte; analisar as potencialidades de replicação das experiências em outros territórios no país; e o de identificar os constrangimentos enfrentados para a implantação desta experiência. Aceitando o convite, você poderá participar de uma entrevista semiestruturada ou de grupos focais (com duração prevista de 2 horas). Os grupos focais terão a participação de um pesquisador e um observador, as discussões serão gravadas e posteriormente transcritas. As entrevistas também serão gravadas e transcritas, para posterior análise.

Os potenciais riscos e desconfortos da sua participação na pesquisa são mínimos, e podem decorrer de alguma situação em que não se sinta confortável em se expressar sobre algum assunto, entretanto esclarecemos que você poderá a qualquer momento se negar a responder qualquer questão, ou mesmo se retirar da pesquisa, sem nenhum prejuízo para si ou para a instituição a que pertence. Os benefícios que a pesquisa proporcionará serão um melhor conhecimento de experiências exitosas de APS no Brasil, que podem contribuir para a melhoria das políticas de saúde brasileiras

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:

O Sr(a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O Sr(a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a sua recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de qualquer benefício, você possui garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa que absorverá qualquer gasto relacionado garantindo assim não oneração de serviços de saúde. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com respeito e seguirão padrões profissionais de sigilo, assegurando e garantindo o sigilo e confidencialidade

dos dados pessoais dos participantes de pesquisa. Seu nome, ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. O Sr(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma via assinada deste termo de consentimento livre e esclarecido será arquivada pelos pesquisadores responsáveis por 5 anos e outra será fornecida ao Sr(a). O estudo poderá ser interrompido mediante aprovação prévia do CEP quanto à interrupção ou quando for necessário, para que seja salvaguardado o participante da pesquisa.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Eu,_____ ____, RG._____ fui informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações para motivar minha decisão, se assim o desejar. O pesquisador _____ certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais e somente os pesquisadores terão acesso. Também sei que caso existam gastos, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar a pesquisadora Aylene Bousquat no telefone 011-30617780 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, que fica na Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo, SP, horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 7h às 13h telefone, (11) 3061 7779, que tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo Conselho. Assinei duas vias deste termo de consentimento livre e esclarecido, o qual também foi assinado pelo pesquisador que me fez o convite e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Uma via deste documento, devidamente assinada foi deixada comigo. Declaro que concordo em participar desse estudo.

_____

Nome Assinatura do Participante Data

_____

Aylene Bousquat Assinatura do Pesquisador Data