

Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil

Primary health care and urban dynamics in the large cities of São Paulo State, Brazil

Ana Luiza d'Ávila Viana ¹

Juan S. Yazle Rocha ²

Paulo Eduardo Elias ¹

Nelson Ibañez ³

Aylene Bousquat ⁴

Abstract

Baseline studies of the Family Health Expansion Project created Primary Health Care indicators and models for the 62 cities in São Paulo state with over 100 thousand inhabitants and identified varied behaviour amongst these indicators and models in relation to different urban dynamics of the state. In this regard, it was necessary to reflect on health and the urban use of land. The main objective of this reflection was to gain a better understanding of how urban dynamics influences the profile, organization and operation of the health system. Based on that understanding it was possible to extract some hypotheses and discussions regarding how urbanization in São Paulo state sets challenges for the expansion and consolidation of Primary Health Care and the Family Health Program in the cities examined.

Primary Health Care; Urban Dynamics

Introdução

Este artigo discute à luz da dinâmica urbana os resultados da pesquisa de avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) – Estudos de Linha de Base, realizada no Estado de São Paulo, ao longo de 2005 e 2006, e desenvolvida pelo Consórcio Medicina USP, composto por diversas instituições com larga experiência em pesquisas avaliativas na área de políticas públicas.

O objetivo principal é relacionar modelos e indicadores de Atenção Básica segundo os agrupamentos criados pela pesquisa, e analisar os resultados do inquérito com usuários em uma amostra de municípios considerando as dinâmicas urbanas no Estado de São Paulo. Foram identificados diferentes perfis urbanos para aferir as fortalezas e fragilidades da Atenção Básica nos municípios contemplados pelo PROESF, isto é, todos os de porte populacional acima de 100 mil habitantes. Em seguida, foram identificados os modelos de Atenção Básica desses municípios que foram cotejados com os indicadores de eficácia, sustentabilidade e efetividade, além de relacioná-los com as diferentes dinâmicas urbanas. Por fim, os resultados dos inquéritos com usuários dos serviços de Atenção Básica são discutidos segundo sua configuração espacial, de forma a relacionar o desempenho da Atenção Básica e perfis de urbanização.

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

² Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil.

³ Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, Brasil.

⁴ Universidade Católica de Santos, Santos, Brasil.

Correspondência

A. L. d'Á. Viana

Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

Av. Dr. Arnaldo 455,

São Paulo, SP

01246-903, Brasil.

anaviana@usp.br

É importante destacar que a reflexão aqui proposta se encontra em fase inicial de desenvolvimento, pois não fazia parte da proposta original da pesquisa. Por essa razão, o artigo se encerra com as discussões travadas e algumas hipóteses que surgiram após a conclusão dos trabalhos e a elaboração dos relatórios finais, de forma a relacionar os achados da pesquisa com a complexidade da urbanização paulista. Para isso, apresenta-se brevemente a metodologia elaborada e utilizada pela pesquisa para a criação dos indicadores e análise dos resultados, sem, contudo, aprofundar esse tema, já abordado em diversas publicações, que estão citadas ao longo do texto.

Saúde e dinâmica urbana

As pesquisas sobre saúde e território vêm apontando, a cada dia com maior refinamento teórico e empírico, que a dinâmica urbana está se tornando mais complexa e sua compreensão mais imprescindível para as políticas públicas de saúde.

As cidades são os lugares, por excelência, das modernizações seletivas e, assim, da pobreza e das desigualdades. Como afirma Souza ¹ (p. 396), *“as cidades não mais desempenham funções, mas sim, contradições”*. A capital paulista é o maior exemplo da crise urbana, expressa pelo empobrecimento e pela degradação das condições de vida nas grandes metrópoles. Esse fenômeno foi denominado por Santos ² como *“involução metropolitana”* e tem origem no processo da constituição das metrópoles corporativas e fragmentadas, como argumenta o autor. O uso urbano do território se assenta, sobretudo a partir da década de 1950, em um padrão marcado por profunda desigualdade e exclusão social e ausência quase constante de implementação de políticas públicas de fôlego, capazes de reverter esta situação. O acúmulo das modernizações notadamente nas metrópoles, em cada período histórico, resulta em uma maior densidade urbana nestes lugares. Essa densidade pode ser percebida pela concentração de infra-estruturas, de população, serviços, investimentos, informações e, por outro lado, de desigualdades sócio-espaciais, que conformam desafios para o bem-estar da população e, mais especificamente, para o alcance da equidade em saúde.

A partir do período caracterizado pela globalização, a dinâmica urbana das metrópoles e dos grandes centros urbanos adquire uma maior complexidade. Segundo Marques ³ e Cunha ⁴, esses lugares são abrigo de uma diversidade de situações de trabalho, com variedade de investimentos financeiros e diversidade de situações de pobreza. Além disso, o lugar de moradia possui

nexos sócio-espaciais com as vulnerabilidades a que as populações estão sujeitas. O acesso a bens e serviços essenciais é diferencial entre as populações da cidade, não somente pelas condições próprias do cidadão ou pela existência ou falta destes bens e serviços, mas, sobretudo, pelas condições de acessibilidade dependentes da localização. Ainda de acordo com os autores, a heterogeneidade da pobreza nas regiões metropolitanas é reproduzida, dentre outros fatores, pelas diferentes condições de se viver em lugares que possuem ou não infra-estruturas e serviços urbanos públicos essenciais.

Da perspectiva da saúde, é importante que se destaquem as particularidades das cidades com mais de 100 mil habitantes, isto é, daqueles centros com maior densidade e diversidade urbana, no sentido de verificar de que maneira estas particularidades provocam constrangimentos na expansão da Atenção Básica/Programa Saúde da Família (PSF).

São essas grandes cidades que funcionam como *“espaços luminosos”* ⁵ na atração de atividades que necessitam de maior conteúdo técnico-científico-informacional e de maior capital e organização, são os lugares privilegiados para os maiores embates entre a busca pela universalização da cidadania (aqui incluso o direito à saúde) e as políticas corporativas e seletivas empreendidas pelo Estado, aliados aos interesses privados, em detrimento dos interesses públicos. Assim, é exatamente nas metrópoles e nos grandes centros paulistas que se encontram as maiores disparidades em relação às possibilidades de melhoria das condições de vida da população; essas cidades se constituem nos lugares de maior desafio para a consolidação e efetivação da Atenção Básica e do PSF, como se pretende discutir neste estudo.

Nesse sentido, os estudos de Linha de Base do PROESF, que criaram indicadores e modelos de Atenção Básica para os 62 municípios paulistas com mais de 100 mil habitantes, procuraram aprofundar a discussão destes dois produtos da pesquisa em relação às características da dinâmica urbana no Estado de São Paulo, Brasil.

A diversidade de comportamentos dos indicadores e modelos de Atenção Básica apontada pela pesquisa contribui para reafirmar o que os estudiosos do tema saúde e urbanização atestam: as condições de vida e saúde advindas da dinâmica urbana têm uma influência cada vez maior e mais importante sobre a organização e o funcionamento do sistema de saúde, sobretudo, em relação à Atenção Básica. A partir dessa discussão embasada pelos resultados da pesquisa, foi possível extrair algumas hipóteses que podem orientar pesquisas sobre o PROESF no Brasil.

Metodologia

As características do território brasileiro quanto à dinâmica urbana e aos indicadores de desigualdades sócio-espaciais tiveram grande peso dentro da pesquisa do PROESF no Estado de São Paulo. Grande parte dos municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes concentra-se em território paulista, por conta de questões históricas de uma modernização concentrada no país, no que diz respeito à Região Sudeste, ao Estado de São Paulo e às suas metrópoles.

A complexidade do objeto e a abrangência da pesquisa PROESF requereram uma diversidade de estratégias metodológicas, no sentido de caracterizar o objeto tanto do ponto de vista das especificidades dos municípios quanto do sistema de saúde, principalmente da Atenção Básica.

As primeiras estratégias de caracterização dos municípios analisados consistiram na classificação por porte populacional e na elaboração de *clusters*, com base em alguns indicadores sócio-econômicos. A partir daí, foi possível verificar algumas semelhanças e diferenças mais expressivas entre os municípios, segundo essas caracterizações.

Após essa etapa, a pesquisa elaborou os modelos de Atenção Básica e os indicadores de desempenho da Atenção Básica, para os 62 municípios avaliados.

Por último, a pesquisa aplicou questionários entre usuários e trabalhadores das unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, com o objetivo de trazer para as análises uma visão mais próxima do cotidiano da organização e do funcionamento do sistema de saúde e de Atenção Básica.

Cabe ressaltar aqui que a metodologia elaborada e utilizada nos Estudos de Linha de Base do PROESF no Estado de São Paulo está presente, detalhadamente, em diversas publicações, em especial nos *Cadernos de Atenção Básica: Estudos Descritivos*, publicados pelo Consórcio Medicina USP e Centro de Estudos de Cultura Contemporânea^{6,7,8}.

A seguir, há uma breve explicação das diversas estratégias metodológicas citadas, para a elaboração dos *clusters*, dos modelos e dos indicadores de Atenção Básica gerados no âmbito da pesquisa:

Clusters da pesquisa

Uma das estratégias da pesquisa para se trabalhar essa questão foi a elaboração de uma caracterização socioeconômica dos municípios paulistas com mais de 100 mil habitantes, baseada em indicadores como, por exemplo, renda fami-

liar *per capita*; razão de dependência; população economicamente ativa ocupada; analfabetismo; níveis de fecundidade, de mortalidade infantil, materna e por causas externas; saneamento básico e taxa de crescimento populacional.

Diante de tamanha diversidade encontrada entre os municípios estudados, os *clusters* da pesquisa se mostraram relevantes para identificar as heterogeneidades e homogeneidades em relação aos indicadores sócio-econômicos analisados.

Os *clusters* são agregações de municípios homogêneos considerando-se duas variáveis: o grupo do índice paulista de responsabilidade social (IPRS) a que pertencia o município em 2002 e a quantidade da produção ambulatorial apresentada pelo município para o ano de 2004, segundo a complexidade dos procedimentos⁶.

Dessa análise resultaram os seguintes *clusters*:

- **Cluster 1 – baixa complexidade e indicadores sociais menos favoráveis;**
- **Cluster 2 – média complexidade e indicadores sociais menos favoráveis;**
- **Cluster 3 – alta complexidade e indicadores sociais menos favoráveis;**
- **Cluster 4 – baixa complexidade e indicadores sociais mais favoráveis;**
- **Cluster 5 – média complexidade e indicadores sociais mais favoráveis;**
- **Cluster 6 – alta complexidade e indicadores sociais mais favoráveis.**

Modelos de Atenção Básica

Foram gerados quatro modelos com distintos perfis em termos da produção ambulatorial realizada pelo município (extraídas do banco de indicadores da Atenção Básica da pesquisa). Para tanto, trabalhou-se com um conjunto de nove variáveis que expressam a produção ambulatorial básica do município, a cobertura do sistema de Atenção Básica, o PSF e a existência de procedimentos especializados. O ano utilizado no estudo foi 2002⁸.

Os quatro Modelos gerados foram: (a) centrado na Atenção Básica em unidades públicas: municípios onde quase 70%, em média, da produção ambulatorial consiste em Atenção Básica, sendo que 80% desta produção é realizada em unidades públicas de saúde; (b) centrado na Atenção Básica e em procedimentos especializados: municípios que, além de priorizarem a Atenção Básica, se caracterizam pela presença de procedimentos especializados – exames de patologia clínica e radiodiagnóstico; (c) centrado na Atenção Básica com ênfase no PSF: municípios que se caracterizam pela presença do PSF na sua produção ambulatorial; e (d) diversificado:

municípios onde mais de 50% da produção ambulatorial consiste em procedimentos de média e alta complexidades e pela forte presença da rede privada em unidades de saúde. Portanto, um sistema de saúde mais complexo.

Indicadores de desempenho da Atenção Básica

Para a formulação dos indicadores de desempenho da Atenção Básica, a pesquisa realizou 61 entrevistas (questionários estruturados) com Secretários Municipais de Saúde e 86 entrevistas (questionários estruturados) com diretores de Atenção Básica/PSF nos municípios da pesquisa. Foram selecionadas questões integrantes das dimensões *político institucional, organização da atenção e integralidade do cuidado*, de forma a compor os indicadores de: (a) efetividade – que expressa questões referentes à integralidade do cuidado e práticas na oferta de serviços; (b) eficácia – que expressa questões referentes à organização da atenção, especificamente, práticas de gestão; e (c) sustentabilidade – que expressa questões referentes às dimensões político-institucional e de organização da atenção.

Os detalhes sobre a metodologia e a caracterização desses indicadores estão publicados em Viana et al.⁹.

Para a mensuração da efetividade do sistema de atenção básica do município consideraram-se duas dimensões: o *Acesso às ações da Atenção Básica/PSF* e a *Integralidade do Serviço*, ou seja, se a população referenciada tem assegurado o atendimento. Desses dois componentes construiu-se o indicador de Efetividade que identifica três grupos de municípios: (1) não tem integralidade nem acesso; (2) tem integralidade ou acesso universal; e (3) tem integralidade e acesso universal.

Em relação às práticas de gestão para a organização da atenção à saúde, a eficácia do Sistema Municipal de Saúde foi mensurada por meio da existência de planejamento e programação das ações de saúde, das características dos sistemas de informação, dos mecanismos de avaliação e monitoramento utilizados, além das estratégias usadas para controle e regulação. Construiu-se um indicador sintético de eficácia da gestão formado por duas dimensões: *capacidade de organização* e *capacidade de avaliação*, criando-se quatro grupos de municípios, a partir do cruzamento das classificações de alta ou baixa capacidade de organização e alta ou baixa capacidade de avaliação. Os quatro grupos são: (1) *capacidade de organização e de avaliação baixa*; (2) *capacidade de organização alta e de avaliação baixa*; (3) *capacidade de organização baixa e de*

avaliação alta; e (4) *capacidade de organização alta e de avaliação alta*.

A avaliação da capacidade estrutural (sustentabilidade) dos sistemas municipais de saúde e de Atenção Básica dos municípios deu-se por meio de três componentes analíticos: autonomia do Diretor de Saúde em relação a alguns aspectos da gestão, qualificação profissional da equipe técnica e estabilidade desta equipe⁸.

A percepção dos usuários sobre os serviços de Atenção Básica

A percepção da população usuária dos serviços da rede de Atenção Básica é um elemento essencial para a avaliação das políticas de saúde que vêm sendo implementadas nos municípios com mais de 100 mil habitantes do Estado de São Paulo. Com essa finalidade, optou-se por utilizar o referencial proposto por Starfield¹⁰, que se desdobra em dimensões de avaliação da Atenção Básica à saúde, denominadas de: acessibilidade, porta de entrada, elenco de serviços, vínculo, coordenação, orientação familiar, orientação comunitária e formação profissional¹¹.

Os sistemas de saúde que cumprem os preceitos contidos nessas dimensões vêm apresentando melhor desempenho, mesmo após o controle de variáveis como renda *per capita*, uso de tabaco e álcool e número de médicos^{12,13,14,15}.

Dessa forma, as dimensões da Atenção Básica propostas por Starfield¹⁰ se revestem de especial importância para avaliação de serviços de atenção primária de saúde, permitindo inclusive comparações com o desempenho de serviços similares em outros países.

Optou-se pela utilização do instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), elaborado por Johns Hopkins University Primary Care Assessment Tool. Esse instrumento foi adaptado e validado para o Brasil por Almeida & Macinko^{11,16} por meio de sua aplicação em município de médio porte no Estado do Rio de Janeiro.

O PCAT se estrutura em um questionário com oito blocos, cada um destes abrangendo as dimensões propostas para a análise de modalidade de assistência na Atenção Básica. O instrumento é composto por cerca de cem perguntas, distribuídas pelos blocos correspondentes às dimensões da Atenção Básica. Cada pergunta contém sete possibilidades de resposta (nunca, quase nunca, algumas vezes, muitas vezes, quase sempre, sempre, não sabe), e a sua aferição se dá por meio de escala, na qual 0 (zero) corresponde ao pior desempenho e 5 (cinco) ao melhor. A média aritmética simples das questões de cada bloco apura o índice daquela dimensão, e por sua vez, a

média aritmética simples destes leva ao índice de avaliação geral de atenção básica (IAB).

Para a aplicação dos questionários em usuários de saúde foram selecionados 12 municípios do Estado de São Paulo, dois em cada *cluster* da pesquisa⁸. Os municípios escolhidos foram: Embu e Guaratinguetá (*cluster* 1); Cubatão e Santo André (*cluster* 2); Barretos e Guarulhos (*cluster* 3); Araçatuba e São Carlos (*cluster* 4); Ribeirão Preto e Rio Claro (*cluster* 5); Botucatu e São Paulo (*cluster* 6).

Já o processo de amostragem utilizado no Município de São Paulo foi o de conglomerados em três estágios: unidade de saúde, dias e usuários. As unidades primárias de amostragem foram sorteadas com probabilidade proporcional ao tamanho. Foi utilizado como medida de tamanho de cada unidade de saúde o número de usuários diários, estimado pelo produto entre o número de médicos existentes e o número esperado (20) de consultas diárias.

Nos demais municípios, os conglomerados foram realizados em dois estágios: unidades e usuários; considerando um alfa de 5%, um β de 20% e o erro amostral de 10%. Tomando-se por referência a dinâmica urbana atual dos municípios paulistas, cabe indagar se a avaliação dos serviços de Atenção Básica pelos usuários adquire perfis distintos a depender desta dinâmica. Desse modo, optou-se por comparar os resultados aferidos a partir de uma classificação dos municípios selecionados, baseada em algumas das principais características das dinâmicas urbanas existentes no Estado de São Paulo no universo dos municípios com mais de 100 mil habitantes.

Essa classificação foi inspirada na proposta da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Fundação SEADE. Informações municipais. <http://www.seade.gov.br>, acessado em out/2005), em que os municípios paulistas com mais de 100 mil habitantes podem ser divididos em: (a) municípios de regiões metropolitanas, subdividindo-os em municípios pólo (município sede da região) e franjas metropolitanas (restante dos municípios da região); (b) aglomerados urbanos, municípios com importante papel regional, que estabelecem fluxos diretos com a capital paulista; (c) centros urbanos, cidades que apesar de terem de mais de 100 mil habitantes são menos dinâmicas economicamente e na sua maioria se localizam fora da dorsal paulista, ou seja, podem ser concebidos como áreas de expansão econômica do estado. O Município de São Paulo, que possui uma população superior a 10 milhões de habitantes constitui caso particular neste universo. Utilizando-se essa classificação, os resultados do Município de Barretos não puderam ser com-

putados, pois o mesmo não é considerado centro urbano pela Fundação SEADE.

Apresentação dos resultados

A dinâmica urbana é um recorte que permite uma análise integrada e comparativa entre os *clusters*, os Modelos e os indicadores de Atenção Básica gerados no âmbito da pesquisa.

Clusters da pesquisa e dinâmica urbana

Os resultados da pesquisa mostraram que há uma grande heterogeneidade em relação ao comportamento dos municípios quando contextualizados nos *clusters*.

A busca de uma compreensão mais abrangente sobre esses comportamentos heterogêneos, isto é, de uma compreensão que fosse além do setor saúde, tornou evidente a importância de se incorporar algumas questões referentes ao uso urbano do território nas discussões sobre os resultados obtidos. Nesse sentido, houve a preocupação em fazer um recorte da dinâmica urbana em municípios pertencentes às regiões metropolitanas e municípios do interior paulista, isto é, que estão fora destas regiões.

Esse recorte é importante porque as regiões metropolitanas guardam um passado, um presente e um futuro marcados por uma concepção política de urbanização que as instituiu e que as rege por meio de projetos metropolitanos, realizados ou em potencial de se realizarem. Assim, de acordo com Silva Neto¹⁷, as regiões metropolitanas acabam por se caracterizarem como tal a partir desses projetos que vão deixando suas marcas na dinâmica territorial; marcas, estas, que podem representar facilidades ou dificuldades de realização de novas políticas territoriais de universalização da cidadania. Nesse sentido é que as regiões metropolitanas, por mais novas ou antigas que sejam, representam um projeto político importante em relação ao uso urbano do território que as diferenciam do restante dos municípios do Estado.

O Estado de São Paulo abriga três regiões metropolitanas: a de São Paulo; a de Campinas; e a da Baixada Santista. De acordo com a Empresa Metropolitana de Planejamento (<http://www.emplasa.sp.gov.br>, acessado em Jan/2007), essas três regiões formam o *complexo metropolitano expandido*, que se caracteriza por apresentar a maior concentração populacional e de geração de riqueza e investimentos do estado.

Dentre os municípios estudados, quando classificados com base nas regiões metropolitanas, se verifica que 53,3% destes municípios

estão localizados nestas áreas, abrangendo 21,7 milhões de habitantes (58,6% da população do estado e 12% do total do país).

Ao se analisar os indicadores sociais (que compõem os *clusters* da pesquisa) a partir da dinâmica urbana, foi possível observar a concentração de municípios com indicadores sociais menos favoráveis nas regiões metropolitanas do estado, como mostra a Figura 1. Essas regiões abrigam 71,4% dos municípios com indicadores sociais menos favoráveis (*clusters* 1, 2 e 3), independentemente da complexidade da produção ambulatorial.

Ainda em relação a Figura 1, observa-se que nas regiões metropolitanas a maior parte dos municípios da classe de baixa complexidade possui indicadores sociais menos favoráveis, enquanto que, no interior do estado, a metade dos municípios da mesma classe apresenta indicadores sociais mais favoráveis. Na Região Metropolitana de São Paulo, a maior parte dos municípios das classes de média e alta complexidade possui indicadores sociais menos favoráveis, ao contrário do interior, onde a maioria dos municípios desta classe mostra indicadores sociais mais favoráveis.

É evidente a complexidade das regiões metropolitanas quanto aos indicadores sociais em relação aos municípios do interior paulista.

Modelos de Atenção Básica em diferentes contextos urbanos

Os resultados da pesquisa mostraram que há uma grande heterogeneidade também em relação ao comportamento dos municípios quando avaliados segundo os modelos e indicadores de desempenho da Atenção Básica.

Como pode ser observado na Figura 2, há um menor número de municípios pertencentes ao Modelo 1 (centrado na Atenção Básica em unidades públicas) e ao Modelo 3 (centrado na Atenção Básica com ênfase no PSF) tanto nas regiões metropolitanas como nos municípios do interior. No entanto, é maior o número de municípios nos Modelos 1 e 3 que estão localizados nas regiões metropolitanas em relação ao interior do estado.

A principal observação em relação a Figura 2, quanto ao comportamento dos Modelos de Atenção Básica e a dinâmica urbana, é que nas regiões metropolitanas predomina o Modelo diversificado e no interior do estado predomina o Modelo centrado na Atenção Básica e em procedimentos especializados.

Ainda sobre os Modelos de Atenção Básica, aponta-se: Modelo 1 (centrado na Atenção Básica em unidades públicas) e Modelo 2 (centrado

na Atenção Básica e em procedimentos especializados), aproximadamente metade dos municípios destes grupos localiza-se nas regiões metropolitanas. A maior parte dos municípios com indicadores sociais mais favoráveis localiza-se no interior do estado.

O Modelo 3 (centrado na Atenção Básica com ênfase no PSF) concentra o menor número de municípios em relação aos outros modelos. A grande maioria dos municípios possui indicadores sociais menos favoráveis, mesmo entre os municípios localizados no interior do estado. A maioria dos municípios pertence às regiões metropolitanas.

O Modelo 4 (Diversificado) concentra o maior número de municípios em relação aos outros modelos. A maior parte dos municípios desses grupos localiza-se em regiões metropolitanas. Predominam os municípios com indicadores sociais menos favoráveis.

Eficácia X sustentabilidade X efetividade do sistema de saúde e Atenção Básica no contexto da dinâmica urbana dos grandes municípios paulistas

A análise dos dados e indicadores trabalhados pela pesquisa contribuíram para verificar como as regiões metropolitanas apresentam uma situação mais crítica da baixa efetividade da Atenção Básica, em relação aos municípios com mais de 100 mil habitantes localizados no interior do Estado de São Paulo.

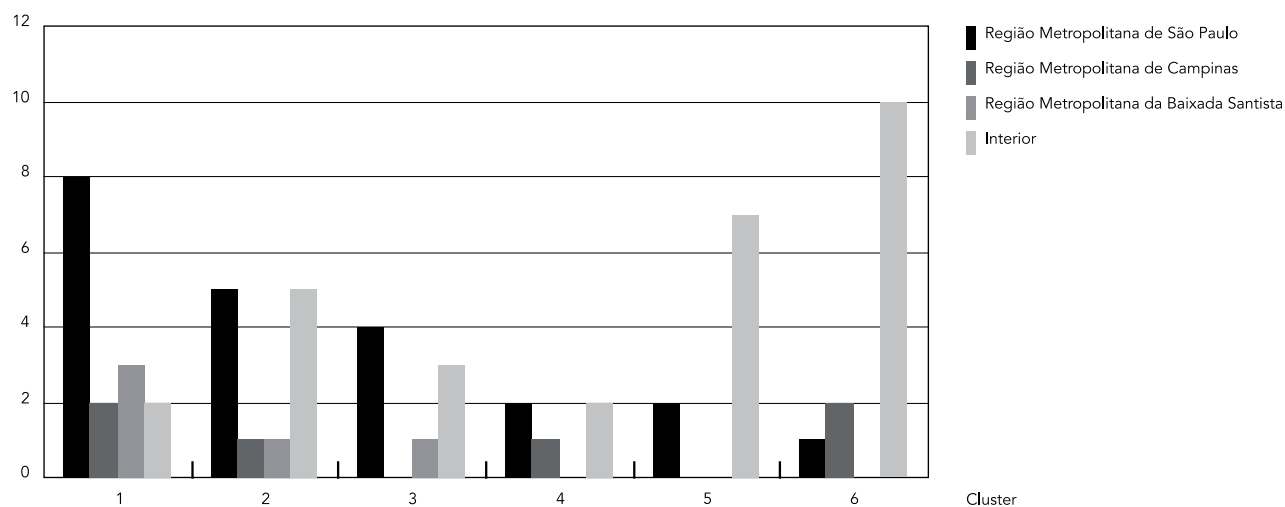
De acordo com a Figura 3, em relação ao comportamento do indicador de eficácia, pode-se verificar que em torno de 80% dos municípios que possuem baixa eficácia (grupo 1) estão localizados nas regiões metropolitanas. Associando-se a isso, a baixa sustentabilidade nessas regiões, tem-se como consequência a baixa efetividade. Ainda de acordo com a Figura 3, é possível verificar que as regiões metropolitanas concentram de fato os municípios pertencentes aos grupos de baixa e média efetividades (grupos 1 e 2).

As regiões metropolitanas aglomeraram, assim, os municípios com baixa eficácia e baixa efetividade, além de concentrarem os municípios com os indicadores sociais menos favoráveis.

Os modelos de Atenção Básica baseados em unidades públicas e com ênfase no PSF não são predominantes nem nas Regiões Metropolitanas e nem no interior do estado. Apesar do número de municípios com os modelos de Atenção Básica baseados em unidades públicas e com ênfase no PSF ser maior nas regiões metropolitanas do que no interior, o modelo diversificado predomina nas Regiões Metropolitanas, o que envolve maior complexidade para integração do PSF.

Figura 1

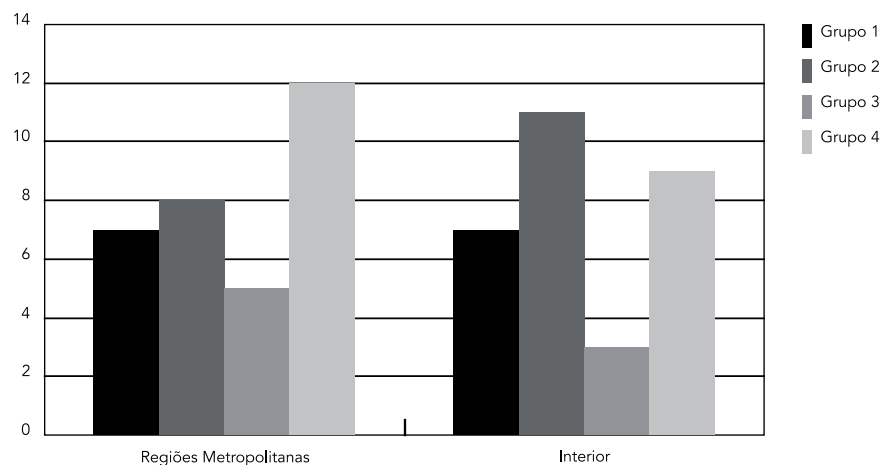
Total de municípios com mais de 100 mil habitantes segundo clusters da pesquisa e a localização em regiões metropolitanas ou no interior do Estado de São Paulo, Brasil, 2006.



Fonte: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea/Consórcio Medicina USP ⁶.

Figura 2

Total de municípios com mais de 100 mil habitantes segundo modelo de Atenção Básica e a localização em regiões metropolitanas ou no interior do Estado de São Paulo, Brasil, 2006.

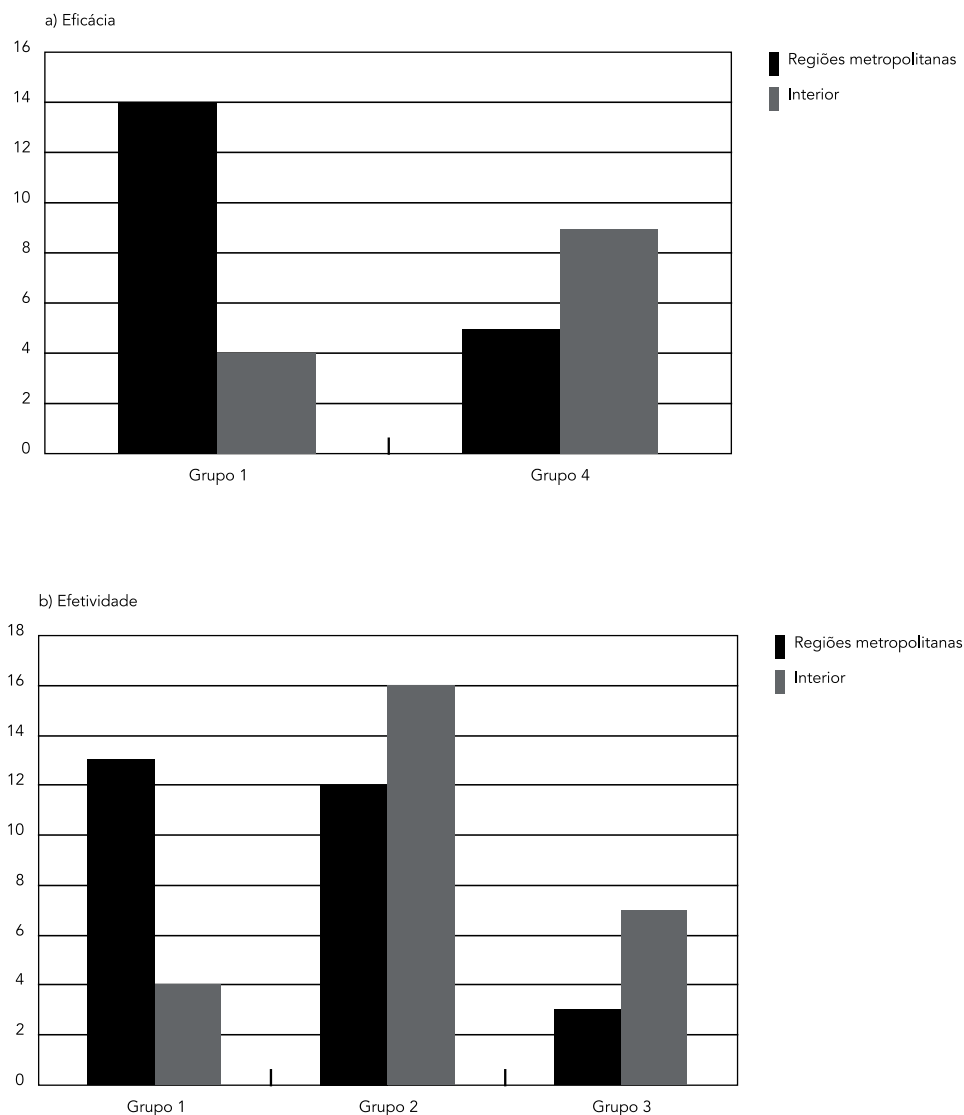


Fonte: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea/Consórcio Medicina USP ⁶.

Grupo 1: centrado na Atenção Básica em unidades públicas; Grupo 2: centrado na Atenção Básica e em procedimentos especializados; Grupo 3: centrado na Atenção Básica com ênfase no Programa Saúde da Família; Grupo 4: diversificado.

Figura 3

Porcentagem de municípios com mais de 100 mil habitantes segundo os grupos de eficácia e de efetividade e a localização em regiões metropolitanas ou no interior do Estado de São Paulo, Brasil, 2006.



Fonte: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea/Consórcio Medicina USP ⁶.

Associando-se a isso os indicadores sociais menos favoráveis e a baixa eficácia e efetividade nas Regiões Metropolitanas, onde o indicador de sustentabilidade também se apresenta mais crítico, temos uma situação bem mais complicada e precária para o fortalecimento da Saúde da Família nestas regiões.

Primary Care Assessment Tool e os grandes centros paulistas

Os resultados encontrados podem ser visualizados na Tabela 1. Tomando como referência o IAB, os valores aferidos encontram-se numa faixa intermediária pela escala proposta pelo PCAT, no entanto, apesar de diferenças pequenas, estas são consistentes e constantes indicando, com

Tabela 1

Scores atribuídos pelos usuários segundo dimensão da atenção básica. Municípios de franjas metropolitanas, aglomerados urbanos, centros urbanos e capital, Estado de São Paulo, Brasil, 2005.

Dimensão da atenção básica	Franjas metropolitanas	Aglomerados urbanos	Centros urbanos	Capital
Acesso *	2,26 (2,22-2,31)	2,45 (2,40-2,49)	2,47 (2,36-2,57)	2,59 (2,50-2,69)
Porta *	3,94 (3,86-4,01)	4,39 (4,33-4,45)	4,62 (4,51-4,74)	4,19 (4,02-4,36)
Vínculo *	3,72 (3,67-3,77)	3,74 (3,70-3,78)	3,92 (3,84-4,01)	3,99 (3,90-4,08)
Elenco de serviços *	3,94 (3,88-4,00)	4,1 (4,05-4,15)	4,5 (4,42-4,55)	4,3 (4,19-4,441)
Coordenação *	3,82 (3,77-3,87)	3,72 (3,66-3,77)	3,67 (3,54-3,80)	4,04 (3,88-4,19)
Enfoque familiar *	1,71 (1,63-1,79)	1,61 (1,53-1,68)	1,94 (1,76-2,11)	1,74 (1,57-1,92)
Orientação comunitária	2,01 (1,91-2,09)	2,03 (1,94-2,11)	2,25 (2,05-2,45)	1,87 (1,66-2,09)
Profissionais de saúde *	4,12 (4,06-4,18)	4,04 (3,98-4,09)	4,21 (4,10-4,32)	3,93 (3,75-4,11)
Índice de atenção básica *	3,19 (3,15-3,23)	3,26 (3,23-3,29)	3,45 (3,38-3,52)	3,34 (3,26-3,41)

* $p < 0,05$.

Fonte: Elaboração própria com base nos dados obtidos no *Primary Care Assessment Tool*.

significância estatística, a existência de um perfil no qual os municípios de franjas metropolitanas recebem os *scores* mais baixos e os de centros urbanos os mais altos. O Município de São Paulo fica em posição intermediária, provavelmente pela sua grande diversidade interna.

Quanto à análise dos *scores* pelas distintas dimensões da Atenção Básica, chama atenção um padrão constante no qual o enfoque familiar e a orientação comunitária recebem os *scores* mais baixos em todos os municípios, achado este distinto do encontrado por Almeida & Macinko¹¹ em Petrópolis, no qual a dimensão pior avaliada foi o acesso. De certo modo, poder-se-ia supor que esses achados decorrem da pequena implantação do PSF em vários desses municípios, no entanto o dado do Município de São Paulo - que hoje é isoladamente o município com o maior número de equipes de saúde da família no Brasil - não confirma esta suposição.

Os *scores* aferidos na dimensão acesso também se encontram, aproximadamente, no meio da escala; com exceção do *score* mais baixo dos municípios de franjas metropolitanas, o que pode denotar a ausência sistemática e a dificuldade de se acessar bens e serviços públicos tão característicos destas regiões periféricas.

Da perspectiva da diferenciação intramunicipal, padrão bastante semelhante ao descrito no parágrafo anterior é encontrado para as dimensões porta de entrada, coordenação e elenco de serviços, porém, os *scores* aferidos partem de patamares bastante superiores, sendo que os *scores* dos centros urbanos em algumas destas dimensões encontram-se no patamar superior do PCAT.

Chama atenção, o bom resultado aferido na dimensão profissionais de saúde, sendo que o menor valor foi o encontrado na capital, o que pode ser conseqüência da extrema fragmentação da vida cotidiana da metrópole, que dificulta, sobremaneira, a construção de vínculos mais consolidados entre seus moradores.

Discussão

Os estudos da Linha de Base do PROESF mostraram que alguns desafios à expansão e consolidação da Atenção Básica e do PSF nos municípios com mais de 100 mil habitantes no Estado de São Paulo não decorrem somente dos desafios enfrentados pelo próprio setor saúde, mas também derivam da seletividade das modernizações inerentes à complexa dinâmica da urbanização brasileira. Nesse contexto, as metrópoles surgem abrigando um paradoxo, pois convivem as melhores infra-estruturas e os mais altos índices de riqueza com a desigualdade e a impossibilidade de acesso de muitos cidadãos.

No contexto das metrópoles corporativas e fragmentadas, o esforço de consolidação e expansão do PSF mostra-se como uma estratégia prioritária para minimizar essas desigualdades, ao mesmo tempo em que as dificuldades dessa consolidação não deixam de refletir os próprios desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) para a universalização da saúde diante da diversidade e complexidade do território brasileiro.

A Figura 2 traz informações importantes para serem discutidas e aprofundadas. É possível verificar que em relação ao comportamento geral

dos modelos de Atenção Básica, a maior parte dos municípios do interior paulista e das regiões metropolitanas concentra-se nos Modelos 1, 2 e 3 de Atenção Básica.

No entanto, há uma maior porcentagem do modelo Diversificado nos municípios das regiões metropolitanas. A concentração desse modelo em áreas metropolitanas pode ser explicada, dentre outros fatores, pelas maiores densidades técnicas, científicas, informacionais que abrigam, isto é, pela maior luminosidade desses municípios^{18,19}, além da grande densidade populacional concentrada em uma área conturbada. Esses fatores contribuem para que nas regiões metropolitanas se concentre um amplo mercado de consumo no setor saúde, que atrai investimentos privados de toda ordem: serviços de saúde de média e alta complexidades e com maior número de especialidades; centros de formação e pesquisa de excelência em saúde; além de profissionais atraídos pelo mercado de trabalho, pelas condições de formação e pelos recursos que as metrópoles e seu entorno oferecem para a vida urbana²⁰.

Por esses motivos apontados em relação à dinâmica urbana é que a pesquisa lança a hipótese de que municípios com mais de 100 mil habitantes e localizados em áreas metropolitanas são aqueles de maior propensão para a existência desse tipo de modelo Diversificado da Atenção Básica e, portanto, que representam maiores constrangimentos para a expansão e consolidação do PSE. Ao mesmo tempo, pelos mesmos motivos apontados, aqueles municípios fora das regiões metropolitanas, mas que estão em pleno processo de modernização e densificação técnica, científica, informacional e populacional, também seriam localidades com maior propensão para abrigarem, atualmente ou num futuro próximo, o Modelo diversificado.

Levando-se em consideração o recente pesquisa da Agência Nacional de Saúde Suplementar²¹, sobre o crescimento dos planos de saúde entre as classes C e D da população, é possível lançar uma outra hipótese: a de que esses fatores irão influenciar sobremaneira os modelos de Atenção Básica existentes, no sentido de uma possível mudança, em alguns dos municípios pertencentes aos Modelos 1, 2 e 3 de Atenção Básica, para o modelo Diversificado por conta de um aumento da oferta privada em saúde nestas localidades.

Os distintos perfis urbanos das cidades com mais de 100 mil habitantes são importantes porque revelam diferentes graus de constrangimento na expansão da Atenção Básica/PSE. Os achados da pesquisa ajudaram a evidenciar que os indicadores de eficácia, sustentabilidade e efetividade da Atenção Básica apresentam comportamentos

diferenciados conforme os municípios pertencem às regiões metropolitanas ou ao interior do estado.

Ao mesmo tempo, é preciso atentar para os outros constrangimentos ao bem-estar urbano, sobretudo, nas metrópoles, dado o processo da involução metropolitana, como citado anteriormente. Esse processo tem grande repercussão no sistema público de saúde, pois é este sistema que recebe a maior parte da população que vive em condições de saúde mais precárias em decorrência das dificuldades de bem-estar. Um dos desafios mais explicitados pela mídia é o decorrente do aumento da violência, que tem repercussão direta nos serviços de saúde. Desse modo, a Atenção Básica, além de enfrentar os desafios inerentes ao setor saúde, enfrenta aqueles desafios postos pela complexidade urbana.

As grandes cidades constituem espaços luminosos, espaços com maior densidade técnica, científica, informacional, populacional. Exatamente por isso, teoricamente, abrigariam o maior número de possibilidades para a consolidação da Atenção Básica, do PSF e do próprio SUS, desde que fossem estabelecidas redes de integração e cooperação tecnológica e organizacional entre instituições científicas e de serviços de saúde. Daí vem a velha questão de que a decisão não é técnica, é política. Decisão política em formular políticas públicas intersetoriais fortes para a diminuição da desigualdade; em pressionar as instituições para formar profissionais com habilidades técnicas e gerenciais que permitam dar conta das novas complexidades urbanas; em tratar a saúde como uma política pública essencial e não como um lucrativo nicho de mercado; fomentar ou incrementar redes de integração e cooperação dos serviços do SUS com instituições científicas; e promover mudanças no financiamento dos sistemas municipais de saúde da Atenção Básica voltadas para a equidade.

Ao mesmo tempo, a política de saúde deve associar-se a uma política de desenvolvimento urbano, pois questões como transporte, habitação e saneamento básico, por exemplo, têm reflexos importantes nas condições de vida e saúde da população. O sistema de saúde, como uma política setorial isolada, não consegue acompanhar a complexidade urbana atual. Além disso, o financiamento e o planejamento estratégico do sistema têm de considerar as adversidades e as novas demandas geradas nas grandes cidades.

Nesse sentido, preocupa a questão da baixa eficácia ser uma característica predominante nos municípios das regiões metropolitanas, pois este indicador reflete questões técnicas e políticas envolvidas no planejamento das ações de saúde municipais. A baixa eficácia revela que os

sistemas municipais de saúde e os gestores municipais enfrentam uma grande dificuldade em planejar e pactuar suas ações, levando em consideração uma dinâmica regional de uso dos serviços e demandas por serviços de saúde. Dinâmica que resulta da constante integração econômica e social entre os municípios das regiões metropolitanas, pois é cada vez maior a fluidez de pessoas e mercadorias entre esses municípios.

Provavelmente, os municípios das áreas metropolitanas não tenham condições técnicas e informacionais para lidar com essa complexida-

de da dinâmica urbana regional. A baixa eficácia dessas localidades pode ser um dos fatores cruciais para explicar as dificuldades de pactuação intermunicipal das ações de Atenção Básica. Tal dificuldade acarreta, entre outras coisas, uma baixa efetividade do sistema de saúde nas regiões metropolitanas.

É por esse motivo que as políticas de saúde, sobretudo, de Atenção Básica, não podem estar dissociadas de uma política regional de saúde, assim como, de uma política global de desenvolvimento urbano.

Resumo

Os estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão do Saúde da Família construíram indicadores e modelos de Atenção Básica para os 62 municípios paulistas com mais de 100 mil habitantes, e apontaram uma diversidade de comportamento destes indicadores e modelos em relação às diferentes dinâmicas urbanas do estado. Nesse sentido, houve a necessidade de realizar uma reflexão sobre saúde e uso urbano do território. O principal objetivo desta reflexão foi compreender melhor sobre como a dinâmica urbana tem influência no perfil, na organização e no funcionamento do sistema de saúde. A partir daí, foi possível extrair algumas hipóteses e discussões sobre como a urbanização paulista impõe desafios à expansão e consolidação da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família nos municípios estudados.

Atenção Básica; Dinâmica Urbana; Programa Saúde da Família

Colaboradores

A. L. d'Á. Viana foi responsável pela organização do artigo, além de contribuições na introdução, metodologia e discussão. J. S. Y. Rocha contribuiu no item metodologia e apresentação dos resultados. P. E. Elias contribuiu na apresentação dos resultados, essencialmente, no item relativo à percepção dos usuários sobre os serviços de Atenção Básica e a dinâmica urbana paulista. N. Ibañez foi responsável pela organização do artigo, além de contribuições na introdução, metodologia e discussão. A. Bousquat contribuiu na apresentação dos resultados, essencialmente, no item relativo à percepção dos usuários sobre os serviços de Atenção Básica e a dinâmica urbana paulista.

Referências

1. Souza MAA. A explosão do território: falência da região? *Boletim de Geografia Teórica* 1992; 22 (43-4):393-8.
2. Santos M. *Metrópole corporativa e fragmentada: o caso de São Paulo*. São Paulo: Nobel; 1990.
3. Marques E. Elementos conceituais da segregação, da pobreza urbana e da ação do Estado. In: Marques E, Torres H, organizadores. *São Paulo – segregação, pobreza e desigualdades sociais*. São Paulo: Editora Senac; 2005. p. 19-56.
4. Cunha JMP, organizador. *Novas metrópoles paulistas: população, vulnerabilidade e segregação*. Campinas: Núcleo de Estudos de População; Universidade Estadual de Campinas; 2006.
5. Santos M, Silveira ML. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. São Paulo: Record; 2001.
6. Consórcio Medicina USP. *Caracterização dos municípios paulistas com população superior a 100 mil habitantes*. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea/Consórcio Medicina USP; 2006. (Cadernos de Atenção Básica: estudos descritivos; 1).
7. Consórcio Medicina USP. *Financiamento e gasto com saúde nos municípios paulistas com população superior a 100 mil habitantes*. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea: Consórcio Medicina USP; 2006. (Cadernos de Atenção Básica: Estudos Descritivos; 2).
8. Consórcio Medicina USP. *Inquérito com usuários e profissionais, percepção dos gestores e estudos sobre o trabalho no PSF*. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea: Consórcio Medicina USP; 2006. (Cadernos de Atenção Básica: Estudos Descritivos; 3).
9. Viana ALd'Á, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Novaes HMD. Modelos de Atenção Básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:577-606.
10. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2004.
11. Macinko J, Almeida C, Oliveira E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. *Saúde Debate* 2003; 27:243-56.
12. Berman P. Organization of ambulatory health care provision in developing countries. *Bull World Health Organ* 2000; 78:791-802.
13. Casanova C, Colmer C. Pediatric hospitalization due to ambulatory care-sensitive conditions in Valencia (Spain). *Int J Qual Health Care* 1996; 8:51-9.
14. Starfield B. Primary care: is it essential? *Lancet* 1994; 344:1129-33.
15. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within organization for economic cooperation and development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res* 2003; 38:819-54.
16. Macinko J, Almeida C, Oliveira E, Sá P. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Manage* 2004; 19:303-17.
17. Silva Neto ML. A questão regional hoje: reflexões a partir do caso paulista. In: Souza MAA, organizador. *Território brasileiro: usos e abusos*. Campinas: Edições Territorial; 2003. p. 355-79.
18. Albuquerque MV. *Território Usado e Saúde: Respostas do Sistema Único de Saúde à situação geográfica de metropolização em Campinas – SP [Dissertação de Mestrado]*. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo; 2006.
19. Almeida EP. *Uso do território brasileiro e os serviços de saúde no período técnico científico-informacional [Tese de Doutorado]*. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo; 2005.
20. Bousquat A, Cohn A, Elias P. O PSF e a dinâmica urbana das grandes cidades. In: Viana ALD'A, Elias P, Ibañez N, organizadores. *Proteção social: dilemas e desafios*. São Paulo: Editora Hucitec; 2005. p. 245-65.
21. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, Ministério da Saúde; 2006.

Recebido em 05/Mar/2007

Versão final reapresentada em 15/Out/2007

Aprovado em 23/Nov/2007