

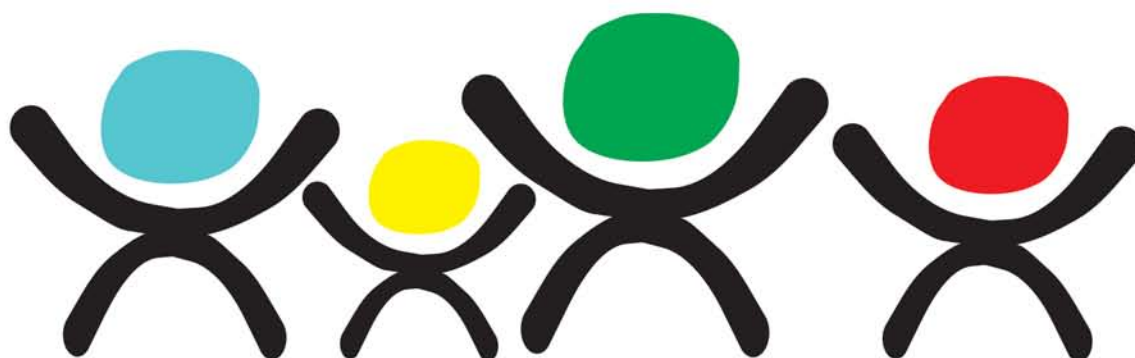
Estudos de Caso sobre Implementação da Estratégia Saúde da Família em Quatro Grandes Centros Urbanos

Coordenação da Equipe de Pesquisa:

Lígia Giovanella • Sarah Escorel • Maria Helena Magalhães de Mendonça

Belo Horizonte

2009



Relatório final

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Departamento de Administração e Planejamento em Saúde
Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde



Ministério da Saúde

FIUCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Ministério
da Saúde



EQUIPE DE PESQUISA

COORDENAÇÃO GERAL DA PESQUISA: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ

Lígia Giovanella

Sarah Escorel

Maria Helena Magalhães de Mendonça

Pesquisadores associados

Carla Lourenço Tavares de Andrade

Maria Inês Carsalade Martins

Mônica de Castro Maia Senna

Márcia Cristina Rodrigues Fausto

Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva

Pesquisadores assistentes

Patty Fidelis de Almeida

Mônica Mendonça Delgado

Carina Pacheco Teixeira

Marcela Silva da Cunha

Lívia Mendes Mesquita

Consultoria em amostragem

Mauricio Teixeira Leite de Vasconcellos

Consultoria máscara de entrada e construção do banco de dados

Luiz Alberto Matzenbacher

Bolsista de iniciação científica

Carolina Vianna

Apoio informática

Gustavo da Silva Soares

Apoio administrativo, formatação e reprodução dos textos

Lincoln Xavier da Silva

Luiz Cláudio Guimarães da Silva

TRABALHO DE CAMPO: DM&P – TECNOLOGIA GERENCIAL EM DESENVOLVIMENTO DE MERCADOS E PRODUTOS

Coordenador Executivo do trabalho de campo

Rodrigo de Araújo Ferreira

Coordenadora técnica do trabalho de campo

Maria de Fátima Brant Drumond

Coordenadora técnica do trabalho de campo de Belo Horizonte

Bruna de Castro Dias Bicalho

Coordenador do campo

Alessandro Luiz Costa

Auxiliar de coordenação do campo

Jamile Neme de Queiroz

Supervisores de campo: Letícia Maria Badaró de Carvalho, José Custódio de Oliveira,

Edilene Mendes de Rocha, Maria das Graças Alves

Responsável pela elaboração do banco de dados

Giselle Silva de Carvalho

Auxiliares na elaboração do banco de dados

Rafaela Soares Bueno e Natália Rodrigues Melo

Entrevistadores de Famílias: Ana Paula Costa Cruz, Andrea Oliveira de Paula, Bruno Alves Costa, Bruno Tavares dos Santos, Claudia Regina Marques Barbosa, Débora Maria Soares de Souza, Gabriela Martins Murta, Leonardo Ferreira, Livia Figueiredo, Micheline Brandão, Natalia Bruna dias Campos, Rafael Bahia Ravaiane, Raquel Furtado Leite, Raquel Miranda Monteiro, Rodrigo Gonçalves Cata-Preta, Rúbia Cardoso dos Santos, Silvia Lopes Marques Brun, Thaís Elene Pichir Rios, Yara Goulart
Crítica dos dados: Dênea Coutinho Coelho, Letícia Maria Badaró de Carvalho, Maria das Graças Alves

GESTÃO FINANCEIRA

FIOTEC

FINANCIAMENTO

DAB/SAS/MS – Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde

APRESENTAÇÃO

Este relatório apresenta os resultados da pesquisa Estudos de Caso sobre a Implementação da Estratégia Saúde da Família em Grandes Centros Urbanos para o município de Belo Horizonte, realizada pelo NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ e financiada pelo DAB/SAS/MS. A pesquisa teve por objetivo analisar a implementação da Estratégia Saúde de Família, com foco na integração à rede assistencial e à atuação intersetorial, em quatro grandes centros urbanos, para discutir as potencialidades da Saúde da Família (SF) como estratégia de atenção primária em saúde (APS) abrangente. Os eixos de análise são a integração e a intersetorialidade, elementos fundamentais de uma atenção primária abrangente.

Implementar uma concepção abrangente ou integral de atenção primária implica a construção de sistemas de saúde orientados por esta atenção, articulados em rede, centrados no usuário e que respondam a todas as necessidades de saúde da população. Assim, a **integração ao sistema** é condição para se contrapor a uma concepção seletiva da atenção primária em saúde como programa paralelo, com cesta restrita de serviços de baixa qualidade, dirigido a pobres. Por sua vez, a **atuação intersetorial** é condição para que a atenção primária não se restrinja ao primeiro nível, mas seja base e referência para toda a atenção, contemplando aspectos biológicos, psicológicos e, principalmente, sociais, e incida sobre problemas coletivos nos diversos níveis de determinação dos processos saúde-enfermidade, promovendo a saúde.

A partir dessas premissas foram realizados estudos de caso em quatro grandes centros urbanos com experiências consolidadas de implementação da Estratégia Saúde da Família, empregando uma estratégia de pesquisa sustentada em diversas fontes e métodos. Foram feitas entrevistas com gestores e gerentes municipais para estudo qualitativo, inquéritos com aplicação de questionários autopreenchidos à amostra de profissionais das equipes de saúde da família (ESF) e de questionários fechados a uma amostra representativa de famílias cadastradas e entrevistadas em seus domicílios no período de junho a agosto de 2008. O presente relatório está estruturado em capítulos que articulam os resultados das diversas fontes: gestores, profissionais e famílias. Inicia-se por um sumário executivo com síntese dos principais resultados.

Ligia Giovanella – coordenadora da pesquisa

AGRADECIMENTOS

A realização da pesquisa contou com o apoio de diversas instituições e de profissionais aos quais gostaríamos de agradecer.

Em especial, agradecemos a todos os sujeitos de nossa pesquisa – atores-chave dos sistemas de saúde nos municípios estudados, gestores, gerentes, profissionais de saúde e famílias cadastradas – pela disponibilidade em compartilhar seu conhecimento, experiência e tempo na realização das entrevistas.

Nossos agradecimentos aos secretários municipais e aos coordenadores de atenção básica dos quatro municípios pelo compartilhamento de suas experiências e análises, pela autorização para a realização do estudo e por todo o apoio para o desenvolvimento do trabalho de campo.

Agradecemos a todos profissionais envolvidos nas diversas etapas do trabalho de pesquisa, consultores, pesquisadores de campo, digitadores, transcritores de entrevistas, auxiliares de pesquisa e assistentes administrativos.

Finalmente, agradecemos a todos os profissionais de cada uma das unidades de saúde visitadas pelas informações prestadas e pelo apoio na realização das entrevistas. Ao grupo de profissionais técnicos e administrativos do NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ agradecemos o apoio logístico para a realização da pesquisa e a elaboração de relatórios.

Ao Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde agradecemos os incentivos e o apoio financeiro, sem o qual não teria sido possível a realização desta pesquisa.

Equipe de coordenação

SUMÁRIO

SUMÁRIO EXECUTIVO: SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS – IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE	I
INTRODUÇÃO	1
JUSTIFICATIVA.....	5
OBJETIVOS DO ESTUDO.....	7
I. EIXOS DE ANÁLISE: INTEGRAÇÃO/COORDENAÇÃO/CONTINUIDADE E INTERSETORIALIDADE	9
EIXO I. INTEGRAÇÃO/ COORDENAÇÃO / CONTINUIDADE.....	9
<i>Dimensões da integração/coordenação/continuidade</i>	<i>16</i>
EIXO II. INTERSETORIALIDADE.....	17
<i>Dimensões da intersectorialidade</i>	<i>25</i>
II. METODOLOGIA	27
MUNICÍPIOS SELECIONADOS	31
INSTRUMENTOS DE PESQUISA	32
<i>Entrevistas semiestruturadas com o gestor e gerentes municipais.....</i>	<i>32</i>
<i>Questionários de autopreenchimento para os integrantes das Equipes de Saúde da Família</i>	<i>33</i>
<i>Questionário aplicado a famílias usuárias da Estratégia Saúde da Família</i>	<i>33</i>
DESENHO DA AMOSTRA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E FAMÍLIAS	34
<i>Seleção das amostras de profissionais e famílias</i>	<i>39</i>
ETAPAS DA PESQUISA	40
<i>Caracterização sociodemográfica e sanitária dos municípios</i>	<i>40</i>
<i>Trabalho de campo com gestores e gerentes</i>	<i>40</i>
<i>Processamento dos dados e crítica.....</i>	<i>44</i>
<i>Sistematização e análise das informações dos estudos de caso.....</i>	<i>44</i>
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	46
III. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E SANITÁRIA DE BELO HORIZONTE (MG)	47
1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS.....	47
2. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS	53
3. OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM BELO HORIZONTE	57
<i>Atenção Ambulatorial do SUS</i>	<i>58</i>
<i>Atenção Hospitalar do SUS</i>	<i>64</i>
<i>Cobertura por Planos de Saúde.....</i>	<i>67</i>

IV. CARACTERÍSTICAS DE VULNERABILIDADE DAS FAMÍLIAS ADSCRITAS AO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)	69
1. CARACTERÍSTICAS DE VULNERABILIDADE DOS CHEFES DE FAMÍLIA	70
2. CARACTERÍSTICAS DE VULNERABILIDADE DOS MORADORES	76
3. CARACTERÍSTICAS DE VULNERABILIDADE DOS DOMICÍLIOS	80
4. VULNERABILIDADE DOS DOMICÍLIOS SEGUNDO A POSSE DE EQUIPAMENTOS DOMÉSTICOS	86
5. CASOS DE VIOLÊNCIA E ACIDENTES NAS COMUNIDADES	88
V. PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE (MG)	95
1. PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO / CONSOLIDAÇÃO	96
<i>Contexto político e institucional do município no momento de implantação do PSF.....</i>	<i>96</i>
<i>Motivações para implantação do PSF.....</i>	<i>97</i>
<i>Antecedentes da implantação do PSF.....</i>	<i>98</i>
<i>Etapas / momentos da implementação da Estratégia Saúde da Família</i>	<i>98</i>
<i>Evolução das ESFs segundo o SIAB.....</i>	<i>102</i>
<i>Unidades de Saúde da Família</i>	<i>106</i>
2. CONCEPÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL.....	111
3. ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	115
<i>Monitoramento e avaliação</i>	<i>118</i>
4. ATORES ENVOLVIDOS NA CONSOLIDAÇÃO.....	121
5. FINANCIAMENTO	125
VI. GESTÃO DO TRABALHO NA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	131
1. GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE DA FAMÍLIA	136
2. PERFIL DAS EQUIPES	140
<i>Formação dos profissionais.....</i>	<i>142</i>
<i>Experiência de trabalho anterior em Saúde da Família.....</i>	<i>151</i>
<i>Participação em entidades representativas</i>	<i>153</i>
3. INSERÇÃO PROFISSIONAL: VÍNCULO TRABALHISTA, MECANISMOS DE SELEÇÃO E REMUNERAÇÃO ...	157
<i>Mecanismos de seleção.....</i>	<i>160</i>
<i>Inserção e vínculo profissional.....</i>	<i>162</i>
<i>Composição da equipe multiprofissional da Saúde da Família.....</i>	<i>165</i>
4. REMUNERAÇÃO	176
5. ROTATIVIDADE E ESTRATÉGIAS DE FIXAÇÃO DOS PROFISSIONAIS.....	185
6. CAPACITAÇÃO PARA O PSF	194
7. SUPERVISÃO	207
8. TRABALHO EM EQUIPE.....	219
9. AVALIAÇÃO DE ENTIDADES REPRESENTATIVAS DE PROFISSIONAIS DO MODELO DE GESTÃO DO PSF EM BELO HORIZONTE.....	230

<i>Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade (AMMFC)</i>	230
<i>Conselho Regional de Enfermagem (COREN)</i>	233
<i>Sindicato dos Médicos de Minas Gerais (SMMG)</i>	237
10. DESAFIOS DA GESTÃO DO TRABALHO NA SAÚDE DA FAMÍLIA	241
VII. ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	249
1. PROGRAMAÇÃO DAS ATIVIDADES DA EQUIPE	249
2. AÇÕES PRIORITÁRIAS DA EQUIPE	258
3. ATIVIDADES ROTINEIRAS REALIZADAS PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	260
<i>Visita Domiciliar</i>	272
4. RELAÇÃO EQUIPE/POPULAÇÃO	273
VIII. CONHECIMENTO E USO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	279
1. CONHECIMENTO DO PSF	279
2. USO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	282
3. ATENDIMENTO DO PRÓPRIO ENTREVISTADO PELA ESF NOS ÚLTIMOS 30 DIAS	284
4. CONHECIMENTO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	286
IX. POSIÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA REDE ASSISTENCIAL	289
1. PORTA DE ENTRADA PREFERENCIAL AO SISTEMA DE SAÚDE SEGUNDO GESTORES	289
2. ESTRATÉGIAS DE ATENDIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA.....	291
3. AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUANTO À POSIÇÃO DA ESTRATÉGIA NA REDE ASSISTENCIAL	293
4. SERVIÇO DE PROCURA REGULAR DAS FAMÍLIAS	295
<i>Serviço de primeiro contato</i>	295
<i>Procura de serviços nos casos de adoecimento nos últimos 30 dias</i>	296
<i>Iniciativas das famílias em caso de doença</i>	298
X. INTEGRAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA À REDE DE SERVIÇOS	311
1. ACESSO A CONSULTAS ESPECIALIZADAS	314
<i>Acesso das famílias usuárias da ESF à atenção especializada segundo profissionais e famílias</i> ..	321
2. ACESSO AOS SERVIÇOS DE APOIO À DIAGNOSE E TERAPIA	331
<i>Acesso das famílias usuárias da ESF aos serviços de apoio à diagnose e terapia segundo famílias e profissionais</i>	335
3. ACESSO À ATENÇÃO HOSPITALAR.....	342
<i>Acesso das famílias usuárias da ESF à atenção hospitalar segundo famílias e profissionais</i>	345
4. ACESSO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	346
5. AVALIAÇÃO DAS EQUIPES QUANTO À ATENÇÃO INTEGRAL PRESTADA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	349
6. ACESSO DAS FAMÍLIAS A MEDICAMENTOS	354
7. INTEGRAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COM OS PROGRAMAS DE SAÚDE COLETIVA E AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	354

8. DESAFIOS PARA MELHORAR A INTEGRAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA À REDE DE SERVIÇOS	357
XI. COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS	363
1. ESTRATÉGIAS DE COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS.....	363
2. CONTINUIDADE INFORMACIONAL	369
3. AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO PELOS PROFISSIONAIS.....	376
XII. INTERSETORIALIDADE	383
1. INICIATIVAS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	384
2. INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES E CONTRIBUIÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	388
3. INSTITUCIONALIDADE DAS AÇÕES INTERSETORIAIS	393
<i>Abrangência.....</i>	<i>393</i>
<i>Dinâmica de funcionamento das ações intersetoriais.....</i>	<i>395</i>
<i>Financiamento</i>	<i>397</i>
<i>Avaliação dos gestores</i>	<i>397</i>
<i>Recomendações a gestores de outras cidades</i>	<i>401</i>
4. PARCERIAS COM INSTITUIÇÕES ACADÊMICAS	402
5. PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DAS ESFs PARA ATUAÇÃO INTERSETORIAL.....	403
<i>Fatores de risco social e condições de vida dos usuários</i>	<i>403</i>
<i>Capacitação dos profissionais para atuar segundo a diversidade sociocultural da comunidade..</i>	<i>406</i>
<i>Ações intersetoriais com instituições, organizações ou grupos da comunidade</i>	<i>407</i>
<i>Reuniões na comunidade</i>	<i>413</i>
<i>Problemas prioritários e da situação de saúde no bairro identificados pelas famílias e gerentes de unidades.....</i>	<i>415</i>
6. OUTRAS MODALIDADES DE ARTICULAÇÃO E PARCERIAS COM ONGS	419
7. AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS ESFs SOBRE O DESEMPENHO DAS EQUIPES NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES INTERSETORIAIS	422
8. PARTICIPAÇÃO SOCIAL.....	423
<i>Ações comunitárias.....</i>	<i>425</i>
<i>Participação no Conselho Municipal de Saúde.....</i>	<i>428</i>
<i>Participação no Conselho Local de Saúde</i>	<i>430</i>
<i>Possibilidades de reclamação/ denúncias sobre os serviços de saúde</i>	<i>435</i>
XIII. ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS E DOS GRUPOS PRIORITÁRIOS NA EXPERIÊNCIA DAS FAMÍLIAS	439
1. ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS).....	439
2. PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS	443
3. ACOMPANHAMENTO DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL	444
4. ACOMPANHAMENTO DE PORTADORES DE DIABETES	449
5. ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL	453
6. ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL.....	457

7. ACOMPANHAMENTO DE IDOSOS OU DOENTES PERMANENTEMENTE ACAMADOS	458
8. SÍNTESE DOS ACOMPANHAMENTOS	460
XIV. AVALIAÇÃO DAS FAMÍLIAS	463
1. AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO DO PROFISSIONAL DA ESF NOS ÚLTIMOS 30 DIAS	463
2. AVALIAÇÃO DAS FAMÍLIAS SOBRE O ACS DE SUA ÁREA	464
3. AVALIAÇÃO DO ÚLTIMO ATENDIMENTO NOS ÚLTIMOS 12 MESES	466
4. AVALIAÇÃO GERAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PELAS FAMÍLIAS	471
XV. DESAFIOS, PROPOSTAS DE EXPANSÃO E AVALIAÇÃO GERAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA POR GESTORES, GERENTES E ENTIDADES	479
1. PRINCIPAL PROBLEMA E DESAFIO	479
2. PONTOS MAIS POSITIVOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	480
3. RECOMENDAÇÕES PARA OUTROS GESTORES.....	481
XVI. FATORES FACILITADORES E LIMITANTES DA IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A INTEGRAÇÃO À REDE ASSISTENCIAL, A COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS E A ATUAÇÃO INTERSETORIAL.....	483
XVII. REFERÊNCIAS	493
XVIII. LISTA DE TABELAS E FIGURAS	503
XIX. SIGLAS E ABREVIATURAS.....	527

SUMÁRIO EXECUTIVO

SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS – IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE

INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS), como estratégia que permeia o setor saúde e outros setores sociais, exige o entendimento da saúde como direito social e a necessidade de enfrentar os determinantes sociais mais gerais para promovê-la. Uma boa organização dos serviços de atenção primária contribui para a melhoria da atenção, acarretando efeitos positivos à saúde da população e à eficiência do sistema (Delnoij et al., 2000).

Comparações internacionais mostram que uma robusta atenção primária em saúde, cujos serviços de primeiro contato são incorporados ao sistema de saúde com a oferta integral de ações, promove impacto positivo sobre os indicadores de situação de saúde e produz ganhos de eficiência (Macinko, Starfield & Shi, 2003; Starfield & Shi, 2002).

Na América Latina, a abordagem seletiva de atenção primária tornou-se hegemônica no contexto das estratégias macroeconômicas de ajustes estruturais dos anos 1980, e as agências multilaterais difundiram a implementação de uma cesta mínima de serviços para populações de baixa renda, incrementando-se as desigualdades em saúde (Conill & Fausto, 2008).

Recentemente, em contexto democrático, com a assunção de governos de centro-esquerda, diversos países na América Latina vêm desenvolvendo políticas que visam fortalecer a atenção primária como estratégia para melhor organizar os serviços de saúde e promover a equidade mediante a renovação de uma abordagem abrangente.

No Brasil, durante os anos 1990, de modo a distanciar-se da concepção seletiva de atenção primária à saúde, passou-se a empregar o termo atenção básica (AB) em saúde para caracterizar a atenção de primeiro nível, definindo-a como um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde e voltadas à promoção, à prevenção de agravos, ao tratamento e à reabilitação da saúde.

A atenção básica sugerida à época, além de referir apenas o primeiro nível, sem apontar a integração ao sistema de saúde, não implicava um modelo assistencial diferenciado, mantendo-se a atenção somente calcada, muitas vezes, na resposta ao pronto atendimento da demanda espontânea ou baseada nos tradicionais programas de saúde pública dos centros de saúde.

Uma mudança mais profunda do modelo assistencial foi proposta ao final dos anos 1990, como desdobramento do Programa Saúde da Família (PSF). O PSF, dando continuidade ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), fora criado com características de seletividade ao priorizar a assistência para determinados agravos e dirigir-se, como programa paralelo, a populações em maior vulnerabilidade social, pelo que foi visto como: *“programa, limitado, bom para os pobres e pobre como eles”* (Capistrano, 1999:89).

Todavia, ao final da década de 1990, o Saúde da Família (SF) foi assumido pelo Ministério da Saúde (MS) como estratégia para a reorganização do sistema de saúde e como modelo assistencial substitutivo na perspectiva da implementação de uma atenção primária abrangente, que fosse reordenadora do sistema.

Recentemente, em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que atingiu consenso em nível nacional entre gestores federais e representantes das esferas estaduais e municipais na Comissão Intergestores Tripartite, ampliou o escopo e a concepção da Atenção Básica no país, incorporando os atributos da atenção primária em saúde propostos por Starfield (2002), para caracterizá-la como abrangente, ademais de reafirmar a Saúde da Família como estratégia prioritária para a organização da atenção básica.

Ponto de contato preferencial e porta de entrada do sistema de saúde, a atenção básica no Brasil, segundo a PNAB, tem como fundamentos: 1) o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos; 2) a efetivação da integralidade em suas várias dimensões, ao articular ações programáticas e de atendimento à demanda espontânea, ao integrar ações de promoção da saúde, de prevenção de agravos, de tratamento e de reabilitação, além de coordenar o cuidado na rede de serviços; 3) o desenvolvimento de relações de vínculo e de responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a longitudinalidade; 4) a valorização dos profissionais de saúde;

5) a realização de avaliação e monitoramento sistemático dos resultados; e 6) o estímulo à participação popular e ao controle social (MS, 2006:10-1).

Impulsionada por incentivos financeiros federais, a Saúde da Família está presente atualmente em 94% dos municípios brasileiros, contando 29 mil equipes implantadas e cobertura populacional estimada de 48% da população do país (92 milhões de habitantes). Todavia, um olhar sobre as experiências em curso demonstra uma grande diversidade dos modelos assistenciais vis-à-vis as imensas disparidades inter e intrarregionais e as desigualdades sociais que marcam a realidade brasileira. Assim, a ampliação de cobertura nem sempre correspondeu à mudança do modelo assistencial preconizada pela Estratégia (Goulart, 2002; Escorel et al., 2002; Giovanella et al., 2003).

Avançar na implementação de tal política exige conhecimento e análise aprofundados da atenção primária atualmente prestada, bem como a sua avaliação a partir da perspectiva de todos os envolvidos, dos profissionais de saúde, dos gestores e, especialmente, dos usuários, para identificar nós críticos e pontos de intervenção que possam orientar as políticas e as ações no sentido de concretizar os princípios gerais da proposta, garantindo atenção de saúde com qualidade à população.

Desse modo, ao somar-se a diversas outras iniciativas (Elias et al., 2006, Ibañez et al., 2006; Szwarcwald, 2006, Facchini et al., 2006), a presente pesquisa tem por propósito analisar o modelo assistencial da atenção básica em saúde a partir da implementação da Estratégia Saúde da Família e discutir suas potencialidades em orientar a organização do sistema de saúde em quatro grandes centros urbanos quanto à integração à rede de serviços com coordenação dos cuidados e à atuação intersetorial, desde a perspectiva das famílias cadastradas, dos profissionais de saúde e dos gestores.

O estudo toma como eixos de análise a integração da Saúde da Família ao sistema de saúde e à intersetorialidade, pois estes são aspectos cruciais de uma atenção primária abrangente e estratégica para a reorganização desse sistema.

Implementar uma concepção abrangente ou integral de atenção primária implica a construção de sistemas de saúde que sejam orientados pela APS, articulados em rede, centrados no usuário e que respondam a todas as necessidades de saúde da população. Assim, a **integração ao sistema** é condição para se contrapor a uma concepção seletiva da APS como programa paralelo com cesta restrita, em geral de baixa qualidade,

dirigido aos pobres. Do mesmo modo, a **atuação intersetorial** é condição para que a atenção primária não se restrinja ao primeiro nível de atenção, mas seja a base e a referência para toda a atenção, contemplando não apenas aspectos biológicos, mas também psicológicos e, principalmente, sociais que incidem sobre problemas coletivos, promovendo a saúde e atuando nos diversos níveis de determinação dos processos saúde-enfermidade.

No processo de renovação da atenção primária observa-se a disputa de distintas concepções de atenção primária pelas agências internacionais com importantes repercussões sobre a equidade e o direito à saúde, principalmente entre a abordagem seletiva e a abordagem integral ou abrangente.

As concepções seletiva e abrangente de APS compreendem questões teóricas, ideológicas e práticas muito distintas e têm consequências diferenciadas sobre a garantia do direito universal à saúde. A integração desse tipo de atenção ao sistema de saúde e a articulação intersetorial são princípios fundamentais da atenção primária abrangente, uma vez que esta é condição para a garantia de atenção integral, enquanto a intersetorialidade o é para o enfrentamento de determinantes sociais.

A integração da APS com os outros níveis assistenciais é atributo fundamental de uma APS abrangente, pois a garantia de atenção integral, no que concerne ao acesso a serviços adequados às necessidades de saúde, está condicionada à integração dos serviços de APS à rede assistencial em saúde. Já a principal característica da APS seletiva é a oferta de uma cesta restrita de serviços a algumas ações de baixo custo situadas no primeiro nível de atenção sem garantia de acesso a serviços de saúde adequados às necessidades de saúde (o que inclui serviços especializados), produzindo-se importantes desigualdades de acesso e na garantia do direito à atenção (Cueto, 2004).

A integração do sistema de saúde contribui para o exercício de coordenação dos cuidados pelos serviços de atenção primária, assegurando a continuidade da atenção aos pacientes crônicos. A coordenação dos cuidados é desafio contemporâneo para qualquer sistema de saúde que vise garantir atenção integral e integrada, em particular, aquela voltada ao paciente crônico, em decorrência de mudanças demográficas e epidemiológicas e da baixa capacidade da atenção médica contemporânea, fragmentada pela especialização progressiva (Giovanella, 2006). Doentes crônicos, em geral,

necessitam utilizar simultaneamente diversos serviços, exigindo a coordenação entre serviços e níveis de atenção.

A integração da rede de serviços na perspectiva da atenção primária requer: a existência de um serviço de procura regular, a constituição dos serviços de atenção primária como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, a garantia de acesso aos diversos níveis de atenção por meio de estratégias que associem as diversas ações e serviços indispensáveis para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas,¹⁷ mecanismos formalizados de referência e a coordenação das diversas ações pela equipe de atenção primária, garantindo o cuidado contínuo. Integração, coordenação e continuidade são processos inter-relacionados e interdependentes que se expressam em distintos âmbitos: no sistema, na atuação profissional e na experiência do paciente ao ser cuidado.

Problemas relacionados à integração do sistema e à coordenação dos cuidados vêm recebendo ampla atenção nas reformas recentes dos sistemas de saúde, com iniciativas para fortalecer a APS. As propostas de fortalecimento da posição da atenção primária no sistema decorrem do reconhecimento da fragmentação na oferta dos serviços de saúde e da prevalência de doenças crônicas, que exigem maior contato com os serviços de saúde e outros equipamentos sociais em contexto de pressão por maior eficiência (Gérvas y Rico, 2005; Calnan et al., 2006; Hofmarcher et al., 2007).

As estratégias de integração e de coordenação demandam mudanças na organização e na gestão dos serviços para que o paciente receba os cuidados de profissionais apropriados, em tempo e local adequados e de forma contínua (Feo et al., 2006). A coordenação dos cuidados para atender as doenças crônicas pode ser catalisada pela melhoria da resolutividade da APS e pelas mudanças nos modelos de cuidado (Hofmarcher et al., 2007) com habilitação dos serviços de atenção primária para conduzir o processo de atenção, articulando o suporte dos serviços especializados, hospitalares e sociais (WHO, 2008).

Outra importante característica de uma atenção primária à saúde abrangente, que a diferencia das outras concepções, é a compreensão de que a saúde é inseparável do desenvolvimento econômico e social, como discutido em Alma Ata, o que implica a atuação dirigida a enfrentar os determinantes mais gerais dos processos saúde-enfermidade. Reconhecer a determinação social dos processos saúde-doença exige a

articulação com outros setores de políticas públicas, desencadeando e mediando ações intersetoriais para o desenvolvimento social integrado e a promoção da saúde.

Se a **integração** enfrenta a concepção seletiva e é condição para se contrapor à cesta restrita, assumir o ponto de vista abrangente de atenção primária envolve a construção de sistemas de saúde orientados pela APS, no qual a atenção primária não se restringe ao primeiro nível de atenção, mas é base e referência para toda a atenção, contemplando não apenas aspectos biológicos, mas também psicológicos e, principalmente, sociais, buscando-se promover a saúde e enfrentar seus determinantes mais gerais que transcendem o setor e requerem a articulação de políticas econômicas e sociais.

Assim, a **intersectorialidade** é atributo de uma abordagem de atenção primária que se quer comunitária, enfrenta os diversos níveis de determinação dos processos saúde-enfermidade e incide sobre problemas coletivos, não apenas individuais. Conforma uma atenção primária que responde às exigências dos ditames da Constituição Brasileira relativos ao dever do Estado de garantir a saúde mediante políticas sociais e econômicas que reduzam riscos de adoecimento e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A ação intersectorial busca superar a fragmentação das políticas públicas e é entendida como a interação entre diversos setores no planejamento, na execução e no monitoramento de intervenções para enfrentar problemas complexos e necessidades de grupos populacionais (Junqueira, 2000).

Em saúde, a articulação intersectorial é imprescindível para incidir sobre os determinantes sociais do processo saúde-enfermidade e promover a saúde. Os resultados (finais ou intermediários) de saúde alcançados por meio da intersectorialidade são mais efetivos do que o setor saúde alcançaria por si só (Teixeira & Paim, 2002).

De fato, como apontam Carvalho e Buss (2008), a atuação sobre os diversos níveis dos determinantes sociais extrapola as competências e as atribuições das instituições de saúde e torna obrigatória a ação coordenada dos diversos setores e instâncias governamentais.

A extensão na qual o setor saúde toma a iniciativa e lidera a intervenção intersectorial depende do tipo de problema a enfrentar: desde tomar a liderança até ser um entre

muitos parceiros (WHO/PHAC, 2008). Na perspectiva da atenção primária em âmbito municipal, a atuação intersetorial deve se processar em diversos níveis: na ação comunitária no território, na articulação, na Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) e na articulação de políticas municipais.

A atuação intersetorial é prevista na Saúde da Família. Cabe às equipes de Saúde da Família (ESFs) promover ações intersetoriais e parcerias com organizações presentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos fatores de risco e dos problemas identificados (MS, 2001). Esta atribuição das ESFs é reafirmada na PNAB de 2006, que orienta, em seu processo de trabalho, o “*desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para promoção da saúde*” (MS, 2006).

OBJETIVOS DO ESTUDO

O presente estudo tem por objetivo geral analisar o modelo assistencial da atenção básica em saúde a partir da implementação da Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos quanto à coordenação dos cuidados com integração à rede de serviços e à atuação intersetorial, desde a perspectiva das famílias cadastradas, dos profissionais de saúde e dos gestores.

A pesquisa tem como objetivos específicos:

- Analisar o contexto político e institucional de implementação do PSF;
- Avaliar a conformação de uma rede integrada de serviços de saúde com a constituição da Estratégia Saúde da Família /Unidade Saúde da Família como porta de entrada ao sistema de saúde e o estabelecimento de mecanismos de referência e de contrarreferência;
- Avaliar a coordenação, pela equipe de saúde da família, das diversas ações e serviços necessários para resolver necessidades mais complexas, garantindo a continuidade da atenção na rede de serviços;
- Examinar as iniciativas da Secretaria Municipal de Saúde de articulação com outros setores de políticas públicas e analisar o papel desempenhado pela Estratégia Saúde da Família nestas iniciativas;

- Estudar o processo de trabalho das equipes de saúde da família e a incorporação de práticas assistenciais em relação à coordenação dos cuidados e à atuação intersetorial;
- Identificar e analisar os fatores facilitadores e limitantes da implementação da Estratégia Saúde da Família nos municípios estudados, no que concerne à integração da rede assistencial, à coordenação dos cuidados e à intersetorialidade.

O estudo considera as perspectivas dos principais atores envolvidos: gestores e gerentes de saúde, profissionais das equipes de saúde da família e famílias cadastradas. Este relatório apresenta os resultados da pesquisa no município de Belo Horizonte, cujo trabalho de campo foi desenvolvido no período de junho a agosto de 2008, no qual foram realizadas entrevistas com gestores e gerentes municipais e aplicados questionários autopreenchidos aos profissionais das ESFs, do mesmo modo que questionários fechados a uma amostra de famílias cadastradas, entrevistadas em seus domicílios.

Os estudos de caso e a análise das mudanças no modelo assistencial foram desenvolvidos por meio da adaptação de metodologia utilizada em estudo anterior (MS, 2002; Escorel et al., 2005), que incorpora informações obtidas dos gestores, dos profissionais de saúde e das famílias cadastradas no PSF.

Os resultados apresentados em diversos capítulos buscam articular, na análise de cada dimensão em estudo, as perspectivas dos diversos sujeitos da pesquisa: gestores e gerentes, profissionais das ESFs e famílias cadastradas.

METODOLOGIA

A análise do modelo assistencial da atenção básica em saúde, a partir da implementação da Estratégia Saúde da Família e da discussão de suas potencialidades para orientar a organização do sistema de saúde, requer estratégias diversificadas de pesquisa e estudo desde diferentes perspectivas e níveis.

A pesquisa consistiu no estudo de quatro casos de implementação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos. Os estudos de caso realizados correspondem a uma estratégia de pesquisa alicerçada em metodologias quantitativa e qualitativa e em

diversas fontes de informação convergentes, que foram trianguladas para responder às perguntas da investigação (Yin, 2005; Veney e Kaluzny, 1991; Becker, 1997).

Estudos de caso correspondem a uma estratégia de pesquisa abrangente, alicerçada em diversas fontes de informação e de evidências que devem convergir para responder a perguntas de investigação com o sentido de explanação do como e do porquê (Yin, 2005; Veney e Kaluzny, 1991). Permitiriam a compreensão abrangente do grupo/tema em estudo e o desenvolvimento de análises teóricas mais gerais sobre regularidades dos processos e estruturas sociais, considerando as múltiplas inter-relações dos fenômenos observados (Becker, 1997).

Para Yin (2005), estudos de caso se adaptariam principalmente ao estudo de fenômenos sociais contemporâneos complexos, por possibilitarem a análise de situações em que há muitas variáveis de interesse, permitindo preservar características holísticas dos acontecimentos da vida real (Yin, 2005:34-5). Assim, teriam lugar de destaque em pesquisas de avaliação de programas sociais. Sua característica mais importante seria possibilitar a explicação das relações entre a implementação e os efeitos do programa, indicando prováveis vínculos causais em intervenções da vida real, que são complexas demais para outras estratégias de pesquisa (Yin, 2005:34).

Na concepção de Veney e Kaluzny (1991:124), estudos de caso seriam apropriados para explicar as dinâmicas das organizações e as inter-relações entre a implementação e os resultados de programas sociais e de saúde. Contudo, os autores destacam que estudos de caso seriam estratégia útil para avaliação mais efetiva sob certas condições, quando seu propósito é prover informação para uma decisão que pode ser melhor produzida a partir da visão panorâmica de determinado programa, bem como para o caso de programas em cujos projetos de implementação os processos de avaliação não foram planejados, não tendo sido estabelecidos grupos de comparação nem desenhado modelo lógico que relacionasse insumos, processo e produtos (Veney e Kaluzny, 1991:120).

Esses autores consideram que estudos de caso seriam ferramentas particularmente úteis quando avaliadores e implementadores, pois querem conhecer o completo funcionamento do programa em foco e permitem uma visão abrangente deste, ao prover informações detalhadas e conhecimento extensivo.

Assim, no campo das políticas públicas, a realização de estudos de caso referentes à implementação de determinado programa envolve conhecer o contexto mais geral no

qual se insere, recorrer a diversas fontes e incorporar as perspectivas dos distintos atores envolvidos.

A estratégia dos estudos de caso abrangeu a pesquisa em profundidade da singularidade da implementação da Estratégia Saúde da Família em cada município a partir de diversos métodos, técnicas, fontes de informação e perspectivas.

Buscou-se analisar a integração e a intersetorialidade nos âmbitos da gestão do sistema de saúde, do processo de trabalho dos profissionais e do cuidado recebido pelas famílias. Nas quatro cidades foram levantadas informações de três fontes: gestores (secretários), gerentes municipais e representantes de entidades (77) com realização de entrevistas; profissionais das equipes de saúde da família, mediante questionários autoaplicados; e nos domicílios de famílias cadastradas, com aplicação de questionários estruturados, por pesquisadores de campo treinados.

A análise das estratégias da gestão municipal de saúde para a integração da rede assistencial e a intersetorialidade foi feita a partir de abordagem qualitativa com análise de conteúdo de informações obtidas em entrevistas com gestores e gerentes da SMSA (56), gerentes de outras secretarias relacionados a atividades intersetoriais (15) e representantes de entidades de profissionais de saúde (10).

As experiências e perspectivas dos profissionais de saúde foram examinadas a partir de estudos quantitativos transversais com realização de inquéritos a partir de amostras de profissionais de saúde das equipes de saúde da família: médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Um inquérito de base domiciliar com aplicação de questionários fechados em amostra de famílias cadastradas, entrevistadas em seus domicílios, permitiu conhecer experiências e avaliação dos usuários. Dados secundários de sistemas de informação subsidiaram a caracterização sociodemográfica e sanitária dos municípios.

Para os estudos transversais, a população de pesquisa foi composta pelos profissionais das equipes de saúde da família existentes nos municípios de Aracaju, Belo Horizonte, Vitória e Florianópolis, em 31 de dezembro de 2007, bem como pelas famílias atendidas por essas equipes. Para a seleção de famílias cadastradas foi desenhado um plano de amostragem do tipo conglomerado em três estágios de seleção: equipe de saúde da família como unidade primária de amostragem, agente comunitário de saúde como unidade secundária e, como unidade elementar, a família cadastrada.

Em cada equipe selecionada foram pesquisados, por meio de questionários autoaplicados, o médico de saúde da família, o enfermeiro, um auxiliar/técnico de enfermagem e dois ou três agentes comunitários de saúde (ACS) selecionados aleatoriamente. Para cada agente de saúde selecionado foram sorteadas aleatoriamente cinco famílias do conjunto de famílias da microárea sob sua responsabilidade. As famílias foram entrevistadas em seus domicílios por pesquisador treinado.

Foram entrevistadas 3.312 famílias (em Aracaju, 800; em Belo Horizonte, 900; em Florianópolis, 790; e em Vitória, 822) e 1.336 profissionais responderam ao questionário do inquérito (em Aracaju: 66 enfermeiros, 56 médicos, 60 auxiliares/técnicos de enfermagem, 150 ACS; em Belo Horizonte: 75 enfermeiros, 72 médicos, 89 auxiliares/técnicos de enfermagem, 170 ACS; em Florianópolis: 70 enfermeiros, 61 médicos, 72 auxiliares/técnicos de enfermagem, 140 ACS; em Vitória: 50 enfermeiros, 35 médicos, 43 auxiliares/técnicos de enfermagem, 127 ACS).

Os municípios foram selecionados intencionalmente de modo a escolher experiências consolidadas, considerando-se: a elevada cobertura populacional do PSF (> 50%), o grau de institucionalização da estratégia (Mendes, 2002), o tempo de implementação mínimo de cinco anos e a presença de práticas inovadoras e bem sucedidas na mudança do modelo assistencial, identificadas a partir de entrevistas com dirigentes do Ministério da Saúde. Outro critério de seleção para duas das cidades foi a possibilidade de comparação com resultados de estudo anterior (Escorel et al., 2002). As cidades selecionadas foram Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória.

Para levantamento dos dados foram revisados e adaptados instrumentos de pesquisa utilizados em estudo anterior (Escorel et al., 2002; 2005), que incorporou informações obtidas dos gestores, dos profissionais de saúde e das famílias cadastradas no PSF.

A Pesquisa foi financiada pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS).

Eixo de análise I: Integração/coordenação/continuidade

Integração, coordenação e continuidade são processos inter-relacionados e interdependentes que se expressam em distintos âmbitos: no sistema, na atuação profissional e na experiência do paciente ao ser cuidado. A integração se manifesta na organização do sistema de saúde, por sua vez, a coordenação depende da integração da rede de serviços e se realiza no cuidado individual exercido pelos profissionais de saúde no processo de atenção, articulando diferentes prestações e se concretiza na

continuidade da atenção, dimensão qualitativa do serviço que é experienciada pelo paciente – dependente do grau de coordenação e de integração da rede – como atenção sem interrupção, adequada às suas necessidades de saúde e que seja oportuna (ofertada em tempo hábil).

Avaliar a coordenação dos cuidados e a integração do sistema de saúde requer, portanto, investigar diferentes dimensões desde distintos âmbitos. Exige um olhar sobre a organização do sistema de saúde para identificar e examinar a implementação de instrumentos de integração do sistema de saúde; um olhar voltado aos processos de trabalho das equipes de saúde quanto ao uso desses instrumentos de integração, de realização das atividades de coordenação dos cuidados e de articulação da própria equipe; e a avaliação desde a perspectiva dos usuários em sua experiência de recebimento de cuidado contínuo, adequado e oportuno com garantia de acesso aos outros níveis assistenciais.

No âmbito **do sistema de saúde**, a investigação da integração/ coordenação por meio de entrevistas com gestores, gerentes e análise documental buscou responder a questões como: Como está organizado o sistema municipal de saúde e qual o papel da Estratégia Saúde da Família? As USF são definidas como serviço de primeiro contato? Como o Saúde da Família se relaciona com os serviços especializados e hospitalares? Há mecanismos para garantir a referência e a contrarreferência? As filas de espera são monitoradas? Existem diretrizes formais para a transferência de informações entre os médicos de atenção primária e os especialistas? Existem canais de comunicação entre serviços de emergência e a Saúde da Família? Como a Saúde da Família se relaciona com os setores de saúde coletiva/ vigilância em saúde?

No **âmbito da ESF** por meio de questionários autopreenchidos por amostra de profissionais se investigou a articulação ao interior da equipe multidisciplinar, o registro de informações e o uso de mecanismos para transferência de informações entre médicos de atenção primária e especialistas, as modalidades de agendamento de encaminhamento para especialistas, o acesso a serviços especializados.

Junto à população usuária, mediante questionários fechados aplicados à amostra de famílias usuárias, investigaram-se as experiências de uso do Saúde da Família e de encaminhamentos, a USF como serviço de procura regular, as modalidades de

agendamento/acesso, as trajetórias de atenção, o acesso aos serviços especializados, exames e medicamentos.

Com base na revisão de literatura foram definidas quatro dimensões para a análise do modelo assistencial implementado a partir da Saúde da Família no que concerne à integração do sistema de saúde: i) posição da estratégia saúde da família na rede assistencial, ii) mecanismos de integração da rede assistencial; iii) disponibilidade e uso de informações sobre a atenção prestada; iv) integração do PSF com programas de saúde coletiva/ e ações de vigilância à saúde. Os instrumentos de coleta de informações da pesquisa incorporaram as variáveis selecionadas para cada dimensão.

Eixo de análise 2: Intersetorialidade

A intersetorialidade, desde a perspectiva do setor saúde, pode ser entendida como a articulação deste setor com outros setores para atuar sobre um tema/problema visando alcançar resultados de saúde (ou resultados intermediários de saúde) de maneira mais efetiva do que o setor saúde alcançaria por si só (OMS, 1997 apud Teixeira & Paim, 2002:60).

Para Teixeira & Paim (2002:64), a intersetorialidade *“se apresenta como estratégia de reorganização das respostas aos problemas, necessidades e demandas sociais dos diversos grupos da população, seja em um Distrito Sanitário, um município ou uma microrregião”*. (...) *“Um processo em que os objetivos, as estratégias e os recursos de cada setor se consideram segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores”*.

Para Campos et al. (2004), intersetorialidade é processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer que não lhes são usuais, pois pertencem ou se localizam no núcleo da atividade de seus parceiros.

Intersetorialidade implica ações articuladas e coordenadas com prioridades estabelecidas em conjunto, utilizando-se os recursos de cada setor (materiais, humanos, institucionais) de modo mais eficiente. Assim a intersetorialidade sempre pressupõe a existência de algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar e estabelecer vínculos de co-responsabilidade e co-gestão pela melhoria da qualidade de vida da população.

Os espaços de governabilidade do setor saúde na intervenção sobre os determinantes sociais não estão predeterminados. Quais os limites de sua intervenção? Quando deve liderar? Estudo realizado pela Agência Canadense de Saúde em dezoito países indica que o papel do setor saúde deve ser flexível (WHO/PHAC, 2008). A extensão na qual o setor saúde toma a iniciativa e lidera a intervenção intersetorial para promover a equidade em saúde depende do tipo de problema a enfrentar. O setor saúde deveria tomar a dianteira quando dispõe de conhecimentos e experiência como no caso de prevenção de doenças específicas e melhoria de acesso à atenção à saúde. Quando a iniciativa envolve problemas sobre os quais o setor saúde dispõe de conhecimento de medidas efetivas, mas não controla os meios para realizá-las deve tomar a liderança para promover tais estratégias em estreita cooperação com outros setores. Todavia quando a iniciativa dirige-se a determinantes sociais mais gerais, como a pobreza, por exemplo, o setor saúde deve ser um parceiro, pois não controla os meios ou conhecimentos para a ação (WHO/PHAC, 2008).

Por conseguinte, para avaliar a abrangência da atuação intersetorial da Estratégia Saúde da Família, além de estudar o processo de trabalho das equipes de saúde da família e a incorporação de práticas relacionadas à atuação intersetorial, é necessário examinar as iniciativas da própria Secretaria Municipal de Saúde de articulação com outros setores de políticas públicas e identificar a presença de estratégias de atuação intersetorial de parte do Executivo Municipal.

Com intuito de delimitar o escopo do estudo e analisar a intersetorialidade desde a perspectiva da saúde optou-se na presente pesquisa por examinar as iniciativas da SMSA e analisar o papel desempenhado pela Estratégia Saúde da Família nestas iniciativas. A atuação intersetorial do Executivo Municipal foi apreendida desde a perspectiva da Secretaria Municipal de Saúde e de gestores de outros setores identificados, pelo secretário municipal ou coordenador da atenção básica, como tendo maior articulação com a SMSA.

A atuação intersetorial é estratégia que abrange um conjunto amplo e diversificado de ações e projetos e exige o estabelecimento de uma série de fóruns e colegiados que discutam e estabeleçam objetivos, prioridades, estratégias, elaborem projetos, definam recursos financeiros e humanos, modalidades de acompanhamento e avaliação, e divulgação dos resultados. Na análise da atuação intersetorial da Estratégia da Saúde da Família por meio de informações coletadas em entrevistas com gestores da SMSA e de

outros setores selecionados, questionários de profissionais e inquérito com famílias cadastradas, buscou-se responder algumas questões como:

- As iniciativas de atuação intersetorial respondem a uma política municipal e a uma modalidade integrada de atuação governamental ou estão relacionadas a projetos específicos ou emergenciais?
- Existem fóruns ou colegiados intersetoriais? Como estão constituídos? Quem está no comando dos colegiados, dos projetos ou ações? Embora o setor saúde seja o mais sensível para detectar os problemas e perceber a necessidade da ação intersetorial não necessariamente é aquele que deve estar no comando da execução.
- Existem recursos alocados para projetos intersetoriais?
- Qual é a “base” do planejamento intersetorial? Neste aspecto distinguem-se três níveis: municipal, setorial e local. O planejamento intersetorial municipal estaria relacionado por exemplo aos parâmetros que a literatura apresenta de “cidades saudáveis” ou “políticas saudáveis”. A base setorial refere-se ao setor saúde que contemple uma modalidade de planejamento e gestão e, eventualmente, execução de projetos e ações em que há interferência de aspectos relacionados a outros setores como meio ambiente, educação, desenvolvimento social. A base micro ou local relaciona-se a território/população definido em que há integração de um conjunto de ações e projetos orientados por parâmetros do que poderia ser denominado de “desenvolvimento local integrado e sustentável”.
- Quais as parcerias estabelecidas pelas ESFs em nível local?
- Qual é a participação da população na definição dos objetivos e prioridades para atuação intersetorial?
- Como são estabelecidas as articulações entre setores governamentais, comunidade e organizações não governamentais? Ações conjuntas episódicas? Projetos mais permanentes?

Assim na análise da intersetorialidade buscou-se identificar as estratégias de articulação intersetorial desenvolvidas nos municípios e o papel desempenhado pela Estratégia Saúde da Família. A atuação intersetorial do Executivo Municipal foi apreendida desde a perspectiva da Secretaria Municipal de Saúde e de gestores de outras secretarias identificadas como tendo maior articulação com a SMSA. Foram examinadas as

iniciativas governamentais de articulação intersetorial, sob a perspectiva dos gestores municipais, profissionais das ESFs e famílias cadastradas.

As dimensões de análise priorizadas foram: campos de atuação; abrangência da intervenção; setores envolvidos tanto em âmbito local (ESF) como central (SMSA e outras secretarias); existência e funcionamento de fóruns colegiados; e temas/problemas de intervenção intersetorial nos níveis central e local.

Instrumentos de pesquisa

Os casos foram estudados considerando as perspectivas dos principais atores envolvidos (*stakeholders*): gestores e gerentes de saúde, profissionais das equipes de saúde da família (ESFs) e famílias cadastradas. As principais fontes de informação foram entrevistas feitas a partir de roteiros semiestruturados e realizadas com gestores e gerentes municipais, questionários autopreenchidos pelos profissionais das ESFs, e questionários fechados aplicados a uma amostra de famílias cadastradas entrevistadas em seus domicílios.

Roteiros semiestruturados para entrevistas com o gestor e gerentes municipais

Para conhecer a perspectivas dos gestores foram feitas entrevistas com informantes-chave selecionados intencionalmente por ocuparem, na gerência, posições relacionadas aos temas de estudo, em especial os gestores de atenção básica e os responsáveis por departamentos relativos aos diversos níveis assistenciais, por mecanismos de integração e pela atuação intersetorial.

As entrevistas realizadas com os secretários municipais de saúde e com coordenadores da Estratégia Saúde da Família foram orientadas por roteiro semiestruturado em torno de seis tópicos:

- Processo de implementação do PSF – motivações para a expansão da Estratégia Saúde da Família, contexto político-institucional, posicionamento de atores no momento atual e etapas de implementação;
- Organização e gestão da Estratégia Saúde da Família – coordenação da Atenção Básica, supervisão, monitoramento e avaliação;
- Integração à rede assistencial, coordenação e continuidade dos cuidados e mudanças do modelo de atenção básica – posição da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial, porta de entrada preferencial do sistema, estratégias de integração do PSF à

rede de serviços, mecanismos de referência e contrarreferência, resultados da experiência de integração, principais dificuldades e ajustes necessários para a constituição de uma rede integrada de serviços de saúde;

- Intersetorialidade: identificação dos temas/problemas de intervenção intersetorial, iniciativas da SMSA, modalidades de articulação e parcerias entre setores, participação social;
- Gestão e capacitação de recursos humanos – modalidades de seleção, processos de contratação, estratégias utilizadas para atrair e fixar recursos humanos, rotatividade dos integrantes das ESFs e modalidades de capacitação para a ESF;
- Fatores limitantes e facilitadores para implementação e desempenho adequado da ESF – perspectivas de expansão da ESF, avaliação sobre dificuldades para efetivação da estratégia, aspectos positivos da implantação.

As entrevistas com os demais gerentes municipais seguiram este roteiro geral de tópicos comuns, acrescidos de itens específicos sobre o papel do setor correspondente na relação com a Estratégia Saúde da Família e no desenvolvimento de estratégias de integração/coordenação/continuidade e intersetorialidade.

Questionários de autopreenchimento para os integrantes das Equipes de Saúde da Família

Junto aos profissionais foram aplicados três instrumentos de pesquisa específicos: para profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros), para auxiliares de enfermagem e para agentes comunitários de saúde. Os questionários dos profissionais são estruturados ao redor de cinco tópicos:

- Perfil do profissional – idade, sexo, escolaridade e experiência de trabalho anterior
- Inserção e capacitação da ESF
- Organização do trabalho em equipe
- Avaliação da integração da rede e coordenação dos cuidados
- Desenvolvimento de ações intersetoriais

Questionário aplicado a famílias usuárias da Estratégia Saúde da Família

À amostra selecionada de famílias cadastradas foi aplicado, nos domicílios, um questionário estruturado. O informante familiar foi o chefe da família ou cônjuge, de

modo a garantir informação mais precisa. O questionário destinado às famílias usuárias do PSF está estruturado nos seguintes tópicos:

- Caracterização dos moradores e famílias
- Características do domicílio
- Conhecimento do PSF
- Demanda e uso dos serviços de saúde
- Uso do PSF
- Encaminhamento a especialistas
- Realização de exames
- Avaliação das ações do ACS
- Satisfação com a USF e a ESF
- Portadores de doenças crônicas: presença e acompanhamento – hipertensos, diabéticos e acamados
- Acompanhamento de grávidas
- Acompanhamento crescimento e desenvolvimento infantil
- Problemas de saúde de seu bairro ou comunidade
- Violência
- Participação social
- Avaliação do PSF pelas famílias

Trabalho de campo

O trabalho de campo foi desenvolvido no período de junho a agosto de 2008. Iniciado por visitas e entrevistas com gerentes em junho e seguido por inquéritos com profissionais e famílias cadastradas em agosto. Em Belo Horizonte foram realizados um total de 22 entrevistas com gestores e gerentes, sendo 14 gerentes da SMSA (incluindo 4 gerentes de unidades básicas de saúde - UBS), 5 gestores de outros setores participantes de atividades intersetoriais e 3 representantes de entidades de profissionais de saúde.

Em cada cidade, além do secretário municipal de saúde e do coordenador da estratégia saúde da família, foram entrevistados gerentes responsáveis por: regulação da atenção hospitalar/central de regulação de leitos, regulação do acesso à atenção especializada/central de marcação de consultas, setor de autorização de exames, coordenação vigilância epidemiológica/saúde coletiva, coordenador de programas, setor responsável pela gestão de recursos humanos do PSF.

Além dos gerentes da SMSA foram entrevistados gestores de políticas públicas de outros setores indicados pela SMSA, das secretarias municipais de Educação e de Política Social e da Superintendência de Limpeza Urbana.

Considerando-se que a adesão dos profissionais é um dos principais desafios para a adequada implementação da Estratégia Saúde da Família, foram também entrevistados dirigentes de entidades representativas de profissionais de saúde. No caso de Belo Horizonte: Sindicato dos Médicos, Conselho Regional de Enfermagem (Coren) de Minas Gerais e Sociedade Mineira de Medicina de Família e da Comunidade.

Em Belo Horizonte foram entrevistadas 900 famílias, além de aplicados questionários a um total de 406 profissionais das ESFs, sendo 72 médicos, 75 enfermeiros, 89 auxiliares/técnicos de enfermagem e 170 ACS.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Ensp/Fiocruz (Parecer 27/08) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CEP SMSA-PBH Parecer 35/2008).

CARACTERÍSTICAS DE VULNERABILIDADE DAS FAMÍLIAS ADSCRITAS AO PSF

Em Belo Horizonte foram pesquisadas 3.474 integrantes de uma amostra representativa de 900 famílias, correspondente a 0,3% das famílias cadastradas no SIAB em dezembro de 2007 (345.825). As informações das 900 residências pesquisadas foram obtidas, em sua maior parte, por meio de entrevistas com o chefe de família (54%), sendo o cônjuge o informante em 40% dos casos.

A maior parte dos domicílios estava composta por 3 a 5 moradores (64%) e poucas eram as casas com apenas um morador (7%).

A vulnerabilidade à pobreza foi pesquisada a partir de características dos chefes de família, dos moradores, dos domicílios, da posse de equipamentos domésticos e de casos de violência e de acidente na comunidade.

Características de vulnerabilidade dos chefes de família

A maioria dos entrevistados referiu a condição de chefia masculina de família (63%). No entanto, a vulnerabilidade da chefia feminina incidiu em 37% das famílias pesquisadas, superior à verificada na cidade de Belo Horizonte (33%) e no Brasil (25%).

Os chefes de família situavam-se nas faixas etárias de 65 ou mais anos (21%), entre 45 e 49 anos (11%) e de 50 a 54 anos (11%), indicando a prevalência de chefes de família maduros ou idosos. A chefia familiar jovem, entre 15 e 24 anos de idade, correspondeu a 2% do total de famílias pesquisadas.

Entre as famílias pesquisadas em Belo Horizonte verificou-se a taxa de dependência geral de 43,8%, inferior às encontradas, em 2005, na cidade de Belo Horizonte (46%), no estado de Minas Gerais (55%) e no Brasil (57%), porém, ainda assim elevada.

A razão de dependência em relação aos jovens com menos de 15 anos de idade entre as famílias pesquisadas foi de 30%, similar à verificada na cidade de Belo Horizonte (31%) e menor do que as encontradas no estado de Minas Gerais (40%) e em nível nacional (42%). Por sua vez, a taxa de dependência para idosos no grupo pesquisado foi de 14%, similar aos percentuais achados no município (15%), no estado (15%) e no país (14%). Em geral, a razão de dependência para os idosos revela uma situação de maior vulnerabilidade à pobreza do que a encontrada entre os jovens.

Entre as famílias pesquisadas, 70% apresentaram a vulnerabilidade à pobreza relacionada à cor ou raça do chefe (negros e pardos).

Ao redor de 7% dos chefes de família referiram não ter escolaridade (analfabetos ou com menos de um ano de instrução), e 15% tinham menos de 4 anos de estudo, totalizando 199 famílias (22% do total) com alta vulnerabilidade educacional. Ambas taxas eram mais elevadas que as verificadas na cidade de Belo Horizonte – 6% de chefes sem instrução ou com menos de 1 ano de escolaridade e 10% de chefes de

família com escolaridade entre 1 e 3 anos. Entretanto, a vulnerabilidade educacional entre os chefes de família pesquisados era bem inferior à existente no Brasil: 16% dos chefes sem qualquer instrução ou menos de 1 ano de escolaridade e 19% com escolaridade entre 1 e 3 anos de estudo (IBGE, 2000).

Dos 900 domicílios pesquisados, 8 chefes de família estavam desempregados e 99 (11%) não responderam. A maior parte dos chefes de família era de aposentados ou pensionistas (34%), seguida dos empregados do setor privado (23%) e dos que trabalhavam por conta própria (17%). A maior parte (77%) dos 268 chefes de família empregados nos setores privado, público e doméstico trabalhava com carteira assinada. A vulnerabilidade à pobreza dada pela informalidade do vínculo trabalhista foi pesquisada apenas entre esses três grupos de trabalhadores (cerca de 30% dos chefes de família) e atingia 22% nesse conjunto.

A renda familiar mensal de 42% das famílias pesquisadas estava na faixa entre 3 e 5 salários mínimos nos valores de julho de 2008 (entre R\$ 831,00 e R\$ 2.075,00), situando-as acima da linha de pobreza. Consideradas miseráveis, 11% das famílias tinham renda familiar mensal inferior a 1 salário mínimo (R\$ 415,00). Ao redor de 30% das famílias entrevistadas eram pobres, isto é, informaram renda familiar mensal situada entre 1 e 2 salários mínimos (R\$ 416,00 a R\$ 830,00). Considerando apenas a variável de renda familiar mensal, verificamos que a vulnerabilidade à pobreza atingia 41% das famílias pesquisadas.

Para resumir, em Belo Horizonte, entre as famílias pesquisadas, a vulnerabilidade à pobreza segundo as características dos chefes de família incidiu sobre 37% daquelas com chefia feminina, 70% com chefes de cor ou raça parda e negra, 22% com chefes com vulnerabilidade educacional e 1% com chefes desempregados. Entre os chefes de família empregados dos setores público, privado e doméstico verificou-se que 22% não tinham vínculo formal representado pela carteira de trabalho.

Características de vulnerabilidade dos moradores

Entre os 3.474 moradores pesquisados, 55% eram do sexo feminino e 45% do sexo masculino, distribuição discretamente diferente à da população total de Belo Horizonte, em que os percentuais eram respectivamente, em 2008, 53% e 47%.

A distribuição da população pesquisada por faixa etária foi semelhante à observada no total de habitantes do município no que se refere ao percentual de crianças até 5 anos

(8% entre as famílias pesquisadas e 7% na cidade de Belo Horizonte) e ao grupo de população com 65 anos ou mais (9% entre as famílias pesquisadas e 10% entre a população total de Belo Horizonte).

Entre os moradores com mais de 10 anos de idade existiam 3% sem qualquer instrução ou com menos de 1 ano de estudo e sete por cento tinham o ensino elementar incompleto (entre 1 e 3 anos de estudos).

O setor privado concentrou o maior número de moradores empregados (35%). Aposentadorias e pensões constituíam a segunda maior fonte de renda (25%), seguida do trabalho autônomo (por conta própria) (17%).

Do conjunto de trabalhadores empregados nos setores privado, público e doméstico – 24% dos moradores que trabalham ou auferem renda –, apenas metade tinha vínculo trabalhista formalizado em carteira de trabalho.

Um pouco mais da metade das famílias pesquisadas (55%) têm, pelo menos, um integrante aposentado, pensionista ou que recebe outro tipo de benefício governamental, dos quais os mais comuns são a aposentadoria (68%), o Benefício de Prestação Continuada – BPC (16%) e a Bolsa Família (12%).

Cerca de 40% das famílias pesquisadas informaram que um ou mais de seus integrantes tinham plano privado ou seguro de saúde.

Em síntese, a vulnerabilidade à pobreza do conjunto de moradores pesquisados em Belo Horizonte está concentrada na baixa escolaridade (11% dos moradores acima de 10 anos têm menos de 3 anos de estudo) e no alto percentual de aposentados e pensionistas (25%).

Características de vulnerabilidade dos domicílios

Do conjunto de 900 residências pesquisadas em Belo Horizonte, a maioria (99%) era de alvenaria. Cerca da metade das casas (48%) tinha de 5 a 6 cômodos e 15% delas tinham 7 cômodos, totalizando em torno de 63% dos domicílios pesquisados. Apenas 2% das casas estavam constituídas por um (0,4%) ou dois (1,3%) cômodos. Boa parte das moradias tinha dois ou três cômodos que serviam de dormitório (73%), um ou dois banheiros internos (96%) e uma cozinha (98%).

O abastecimento de água por ligação com a rede geral supria a maioria dos domicílios pesquisados (99,8%). O mesmo acontecia com o abastecimento de energia elétrica, que cobria 99,6% das residências.

A situação de esgotamento sanitário também era muito boa: cerca de 94% das residências tinham ligação à rede geral de esgoto. Das 51 casas (6% do total pesquisado) sem ligação com a rede geral de esgoto, 24 (46%) utilizavam fossa, mas 14 (27%) lançavam os dejetos em vala negra.

O sistema público de coleta de lixo atendia 98% dos domicílios pesquisados, na porta (88%) e por meio de caçamba (10%). Onze famílias (1%) que não dispunham de serviço regular de coleta de lixo, utilizavam outros meios: queimam (46%), jogam na rua ou em terrenos baldios (18%) e jogam no rio (9%).

A vulnerabilidade habitacional encontrada nos domicílios pesquisados em Belo Horizonte foi relativamente baixa: apenas uma residência era construída com material inadequado, catorze (2%) domicílios não tinham banheiro interno, dois não tinham cozinha independente, dois não tinham ligação com a rede geral de água, e quatro não recebiam fornecimento de energia elétrica. A falta de ligação com a rede geral de esgoto sanitário englobava 51 residências (6%), um quarto das quais fazia uso de vala negra, e 11 casas não tinham seu lixo recolhido pelos serviços de limpeza pública.

Comparando a distribuição de serviços públicos de saneamento básico entre o grupo de domicílios pesquisados e o total de domicílios do município de Belo Horizonte pode ser observado um discreto percentual maior de moradias com ligação às redes gerais de esgoto e de água entre os domicílios de usuários do PSF pesquisados, embora a cobertura de ambos serviços seja extremamente alta em todo o município de Belo Horizonte. A vulnerabilidade habitacional atinge baixos percentuais dos domicílios pesquisados, mas pode ser identificada por aqueles que dispõem apenas de vala negra para eliminação dos dejetos (2%) e pela utilização de outras formas de destino do lixo (1,5%) altamente agressivos ao meio ambiente, como a queima e a utilização de rios, ruas e terrenos baldios.

Vulnerabilidade dos domicílios segundo a posse de equipamentos domésticos

Foi pesquisada a posse de dez tipos de equipamentos domésticos existentes nos

domicílios, entre os quais, o automóvel. As famílias de Belo Horizonte puderam ser agrupadas em três conjuntos segundo os tipos de equipamentos: bens que a maioria das famílias possui, como televisão (99%) e geladeira (98%); aqueles existentes em mais da metade das residências: aparelho de som (79%), telefone celular (73%), telefone fixo (70%) e máquina de lavar roupa (69%); e, os tipos de equipamentos existentes em 40% ou menos das casas: computador (39%), carro (31%) e micro-ondas (28%). Apenas 2% das famílias informaram ter máquina de lavar pratos.

Outra forma de agrupar as famílias foi identificar o número de tipos existentes de equipamentos, assumindo que maior variedade de eletrodomésticos revela rendimentos familiares mais elevados. Em Belo Horizonte observou-se que um número relativamente reduzido de famílias pesquisadas estaria na posição mais baixa da escala social, dispondo de até 3 tipos de eletrodomésticos (11%). No outro extremo, 14% das famílias possuem 8 ou mais tipos de equipamentos e a maioria (75%) tem entre 4 e 7 tipos de equipamentos domésticos.

Casos de violência e acidentes nas comunidades

Cerca de 57% dos entrevistados afirmaram que são comuns casos de violência ou acidentes em suas comunidades. Essas 510 famílias assinalaram como tipos de violência ou acidentes mais frequentes: assassinatos (52%), tiroteios e balas perdidas (34%), assaltos a mão armada (26%), tráfico de drogas (15%), brigas em lugares públicos e roubos de residências ou estabelecimentos comerciais (ambos assinalados por 12%).

A maioria das famílias (91%) não vivenciou qualquer situação de violência ou acidente nos últimos 12 meses. Das 77 famílias (9%) que relataram essas experiências, estiveram envolvidos 98 moradores (3%) em 88 episódios de violência ou acidentes.

A maior parte da experiência de episódios de violência e de acidentes com moradores no ano anterior à realização da pesquisa resultou de atropelamento e batidas de carro (14%), agressões físicas dentro de casa (9%), quedas e furtos (ambos assinalados por 8% dos entrevistados). Embora acidentes de trânsito e violência doméstica fossem as principais causas do maior número de episódios de violência que acometeram os moradores entrevistados, não foram mencionados como tipos de violência frequentes na comunidade de residência.

Entre as famílias que relataram a experiência de violência ou acidente de pelo menos um integrante nos últimos 12 meses, mais da metade (56%) assinalaram que os episódios não produziram ferimentos. Cerca de um terço (27%) dessas famílias informou que os episódios resultaram em ferimentos com gravidade e 18%, que os episódios tinham provocado ferimentos sem gravidade.

Em metade (49%) dos casos, o morador não procurou atendimento em serviços de saúde, portanto, um pequeno grupo (7%) procurou serviço de saúde mesmo diante da inexistência de ferimentos. A outra metade dos moradores dirigiu-se a pronto-socorro ou emergência públicos (21%) e, em proporções similares (4%), os moradores dirigiram-se a ambulatório de hospital público, ao pronto-socorro ou à emergência privados ou foram atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Em síntese, em Belo Horizonte, ao redor de 10% das famílias relataram que um ou mais integrantes passaram por episódio de violência ou acidente nos últimos 12 meses, a maioria dos quais não resultou em ferimentos. No entanto, quando ocorreram ferimentos, estes foram graves em sua maior parte. Coerente com a ausência de ferimentos, dentre os que viveram episódios de violência ou de acidente nos últimos 12 meses, metade não procurou qualquer serviço de saúde. Embora 27% dos episódios tenham provocado ferimentos graves, apenas 25% procuraram pronto-socorro ou emergência públicos (21%) e privados (4%). O Posto/Unidade de Saúde da Família do SUS, como era de se prever, foi serviço de saúde pouco procurado nesses casos (3%).

PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Para examinar o contexto político e institucional de implementação e consolidação da Estratégia Saúde da Família nos municípios são descritos motivações, etapas, atores envolvidos e concepção do modelo de atenção em Saúde da Família implementado.

Contexto político e institucional do município no momento de implantação do PSF

O contexto político no momento de implantação da Estratégia Saúde da Família caracterizou-se pela continuidade de governos comprometidos com a garantia dos direitos sociais e entre esses, a garantia da atenção integral à saúde. Esta tendência tem caracterizado a gestão dos prefeitos desde o exercício de 1993 até o mandato atual, o

que tem favorecido a continuidade das ações desenvolvidas no setor saúde ao longo de quinze anos.

A decisão do prefeito de priorizar o setor saúde e, particularmente, a atenção básica foi o fator de ordem política destacado pelos entrevistados, que possibilitou a implantação acelerada da Estratégia Saúde da Família no município de Belo Horizonte e que tem favorecido a sua consolidação.

Desde o final dos anos de 1980, a SMSA de Belo Horizonte vem estruturando o sistema municipal de saúde na perspectiva do SUS, investindo na organização de rede própria antes mesmo de iniciado o processo de municipalização, ocorrido no início da década de 1990, quando as unidades básicas de gestão estadual e as unidades secundárias pertencentes ao antigo INAMPS passaram à gestão da SMSA. No ano de 1994, o município habilitou-se na gestão semiplena, segundo a NOB/SUS/93, consolidando o processo de descentralização e passando a construir efetivamente o sistema municipal de saúde.

Em 1998, a SMSA assumiu a Gestão Plena do SUS, segundo a NOB/SUS/96, coordenando e administrando o sistema de serviços de saúde local. Todo este processo gerou acúmulo de aprendizagem institucional, o que tem fortalecido a capacidade gestora da SMSA. A herança deixada pelas políticas antecessoras tem favorecido a implantação e a consolidação da Estratégia Saúde da Família no município.

Motivações para implantação do PSF

A Estratégia Saúde da Família foi implantada no município no ano de 2002 por decisão do prefeito, o principal defensor de uma política de fortalecimento da atenção básica.

O direcionamento da política de saúde, naquele momento, era de impulsionar a mudança no formato organizacional da atenção básica, sendo a Estratégia Saúde da Família a janela de oportunidade (Kingdon, 1995) para avançar no processo de reorientação do modelo assistencial na atenção básica, iniciado em 1994 com a implantação da estratégia de acolhimento nas UBS: “*A centralidade da atenção primária na organização do sistema municipal foi uma aposta de governo*” argumentou o secretário da SMSA.

Antecedentes da implantação do PSF

Desde o início dos anos de 1990, a prefeitura de Belo Horizonte já fazia movimentos para a conformação de uma política de saúde municipal cujo foco era a organização de um sistema de saúde integral, a partir da ampliação e da organização da atenção primária à saúde.

Em 1994, a SMSA lançou o Projeto Vida, orientado para a redução da mortalidade infantil e a reorganização da atenção básica; na sequência deste projeto iniciou ampla discussão sobre o acolhimento, estratégia utilizada para ocasionar mudanças no processo de trabalho da rede básica de saúde do município.

A implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ocorreu em 1999, no âmbito do Projeto BH-Saúde, com enfoque nas ações de promoção da saúde. No ano de 2002, a SMSA lançou o programa BH-Vida – que, na essência, é a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) – com a finalidade de reorganizar todo o sistema de saúde a partir da atenção básica, constituindo-se também em estratégia para avanço e consolidação do SUS municipal (SMSA, 2002).

Etapas / momentos da implementação da Estratégia Saúde da Família

A implementação da Estratégia Saúde da Família pode ser analisada em três momentos no município de Belo Horizonte: A primeira fase, implantação inicial, caracterizada pela expansão rápida e em escala; a segunda, contextualizada pela mudança de gestão da SMSA, cujo foco estava na sistematização do processo de trabalho na atenção básica, em especial nas ESFs; e a terceira, momento atual, cujo centro da atuação da SMSA está na qualificação dos profissionais tanto em relação ao aprimoramento da capacidade gestora quanto na capacidade técnica dos profissionais envolvidos com a Estratégia Saúde da Família.

Na visão do SMSA, o ponto crítico da implantação já foi enfrentado e o momento atual é de qualificação dos profissionais e das ações desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família, o que é considerado como necessidade permanente.

No momento da pesquisa estavam implantadas 513 ESF, das quais 58 estavam incompletas por ausência de médicos ou enfermeiros. Segundo o SMSA, após a fase inicial de implantação, em três anos o município atingiu a meta de quinhentas equipes.

Unidades de Saúde da Família

O município de Belo Horizonte está organizado em nove regionais de saúde e cada regional é dividida em áreas de abrangência nucleadas pelos Centros de Saúde. Em 2008, o município dispõe de 144 Centros de Saúde com ESF, distribuídos em 16 unidades novas e 129 unidades básicas tradicionais, redimensionadas para atuar com ESF. Apenas uma unidade básica de saúde não comporta equipes de saúde da família, estando ela localizada em área sem população de alto risco.

Nas 144 unidades com saúde da família em Belo Horizonte além dos componentes da ESF recomendados pelo Ministério da Saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) atuam outros profissionais de apoio, como pediatras, ginecologistas, clínicos e, em algumas unidades, equipes de saúde mental. Esses profissionais e especialistas de apoio nos centros de saúde são acionados quando é preciso, mas a responsabilidade clínica e sanitária da população coberta é do médico generalista e a equipe básica constitui a porta de entrada da população adscrita.

Boa parte dos Centros de Saúde com Saúde da Família funciona sem intervalo para almoço. O horário de funcionamento das USF informado pelos profissionais é, segundo a maioria, de 7:00 às 19:00 horas (56% dos médicos, 55% enfermeiros e 70% auxiliares) (Tabela C2). A maior parte das unidades básicas de saúde comporta, no mínimo, três e, no máximo, sete ESF.

Em geral, as unidades têm capacidade para realizar coleta diária de material de exames de análises clínicas. Os resultados dos exames retornam às unidades de saúde e são avaliados pela enfermagem. Prioriza-se o agendamento para os pacientes com resultados alterados.

A estrutura física das UBS é diversificada; em geral, são unidades amplas, informatizadas, dispoendo de mais de 10 computadores ligados na intranet e um ou dois, na internet. Dispõem de teleconsultoria *on line* ou agendada *off line*.

Os Centros de Saúde com Saúde da Família são gerenciados por profissional de nível superior da área da saúde, que se dedica exclusivamente às atividades gerenciais. Esses profissionais pertencem ao quadro permanente, passam por seleção e são nomeados para o cargo. O gerente é responsável pela gestão dos trabalhadores nas USF, pela articulação das políticas daquele território e pela gestão do Bolsa Família.

A estrutura física dos Centros de Saúde com saúde da família é diversificada, em geral as amplas unidades comportam diversos consultórios médicos (em parte, com instalação

sanitária privativa), consultórios odontológicos, sala de coleta de material, sala de vacinas, sala de curativos, sala de medicação, sala de procedimentos, farmácia, sala de gerência, almoxarifado, sala de preparo de material para esterilização, setor de arquivamento informatizado, banheiros feminino e masculino, setor de marcação de consultas, sala de avaliação para atendimento ao agudo/emergência, área de serviço, cozinha, vestiário masculino e feminino, por vezes, auditório e outros.

Ainda que os centros de saúde em Belo Horizonte sejam unidades amplas (distante do que se denomina comumente como postinho), o espaço físico das unidades de saúde foi avaliado pelos profissionais de saúde como inadequado ao processo de trabalho das ESFs, em especial no que se refere às ações coletivas e à garantia do conforto e da privacidade (Tabelas C22 e C19). A maior parte dos ACS (68%) e dos auxiliares de enfermagem (65%) consideraram o espaço físico da USF inadequado para realização do trabalho em equipe (Tabela C22).

Concepção do modelo assistencial

Em Belo Horizonte, a Estratégia Saúde da Família foi implantada pela integração das ESFs aos Centros de Saúde já existentes. Novas unidades de saúde foram construídas em áreas de maior vulnerabilidade social, onde houve implantação de ESF. Para os gestores, a integração das ESFs aos centros de saúde preexistentes possibilitou definir a lógica comum de organização da atenção básica, evitando a dissonância entre diferentes propostas assistenciais.

As Equipes de Saúde da Família são compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os especialistas da atenção básica atuam como equipe de suporte para as ESFs do centro de saúde ao qual pertencem. Nas unidades que dispõem de equipe de saúde mental, esses especialistas podem ser referência, inclusive, para outras ESFs da mesma área de abrangência.

A discussão acerca do modelo assistencial no município é anterior à implantação da Estratégia Saúde da Família. Este tema ganhou importância com o estabelecimento da estratégia de acolhimento nas UBS dentro do modelo de atenção programática que orientava a organização das ações nos centros de saúde municipais. O acolhimento é um legado da política anterior, que facilitou a apropriação de princípios, como acesso e cuidado integral, constituindo este um elemento facilitador para a implantação e a consolidação da Estratégia Saúde da Família.

Para os gestores da saúde, a característica principal da experiência do PSF em Belo Horizonte é a articulação do atendimento da demanda espontânea à programada, em entendimento ampliado de acolhimento, que inclui o pronto-atendimento e a garantia de referência especializada.

No sistema de saúde de Belo Horizonte, a atenção básica é entendida como o conjunto de ações de caráter individual ou coletivo voltado para a promoção da saúde e a prevenção dos agravos, bem como para as ações clínicas de tratamento e de reabilitação dos problemas de saúde fundamentais à resolutividade deste nível da atenção. A Estratégia Saúde da Família é o eixo norteador para a sua reorganização (SMSA, 2007).

Os gestores destacam a importância do atendimento aos pacientes em situação aguda – marca do sistema de saúde do município – para que as USF se tornem serviços de procura regular. Como expressaram o secretário do SMSA e a coordenação da Atenção Básica:

“Eu diria que o central, o que foi ficando cada vez mais claro para nós, é que esse aparato todo de atenção básica nucleada numa equipe de saúde da família teria que atender agudos, o que é uma marca do nosso sistema. (...) A marca do nosso sistema: esta equipe deve atender agudos” (secretário do SMSA).

“Acolhimento com agenda aberta credencia a Atenção Básica como porta de entrada do sistema” (coordenação da Atenção Básica).

A adequada articulação do atendimento da demanda espontânea e da programada em rede integrada é característica da concepção de Saúde da Família implementada em Belo Horizonte:

“Síntese entre demanda espontânea e demanda programada” (...) *“Construindo, criando redes”* (...) *“Todo o restante da rede é suporte para a atenção básica”*, são enunciados-chave que qualificam o discurso dos gestores locais

A atenção básica é compreendida como parte integrante de um sistema de saúde integrado, tendo por base os princípios que orientam a política nacional de saúde: a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação social. Os pressupostos do SUS-BH devem reger as diretrizes do modelo assistencial para a ABS no município, que são: acessibilidade, educação permanente, intersetorialidade, gestão democrática, humanização e qualidade da atenção (SMSA, 2007).

Em Belo Horizonte, os serviços de Atenção Básica devem ser a porta de entrada e precisam localizar-se o mais próximo das pessoas, pois são o local prioritário de primeiro contato, favorecendo o acesso e o uso dos serviços correspondentes às necessidades identificadas a cada novo problema ou fase de um problema enfrentado pelas pessoas. Deve ofertar atenção regular ao longo do tempo, possibilitando a continuidade do cuidado.

A Estratégia Saúde da Família é concebida como a principal provedora dos cuidados da atenção básica aos cidadãos adscritos a cada equipe. As equipes de Saúde da Família devem ter escuta qualificada e têm de estabelecer relação humanizada de forma a propiciar respostas mais adequadas aos problemas de saúde. São responsáveis por população específica, adscrita, e os vínculos devem ocorrer com os usuários, com atuação integrada à comunidade. A organização do trabalho dessas equipes tem por base o território, é centrada na pessoa e orientada à família e à comunidade, sempre buscando a autonomização e a co-responsabilização do usuário em relação ao seu cuidado (SMSA, 2007).

A rede básica de saúde caracteriza-se pela atenção abrangente, pelo que organiza ações adequadas às necessidades de saúde da população, tomando em conta os problemas mais frequentes na população. Busca integrar ações programadas e atendimento à demanda espontânea, além de articular ações clínicas individuais e ações coletivas de caráter preventivo e promocional. As UBS são orientadas a ofertar atenção generalizada sem restrição a qualquer problema de saúde, em qualquer fase do ciclo de vida do paciente.

As unidades de atenção básica devem proporcionar o acompanhamento do usuário nos diversos pontos do sistema de saúde, integrando os recursos que precisam ser utilizados. Devem apresentar resolutividade para os problemas de saúde mais frequentes no território e referenciar para outros serviços apenas quando necessário.

A Vigilância à Saúde é o modelo tecnológico de intervenção para a reorganização das práticas de saúde do município. Tendo como pressuposto o princípio da integralidade, contempla a discussão de problemas, necessidades e determinantes da saúde e tem como principais características a intervenção sobre problemas de saúde, a adoção do conceito de risco, a articulação entre as ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação e a atuação intersetorial (SMSA, 2007).

A organização territorial estabelecida na SMSA/PBH adota as seguintes subdivisões: os **Distritos Sanitários** seguem a delimitação das Administrações Regionais, e correspondem à organização administrativo-assistencial da SMSA/PBH. As definições territoriais das **áreas de abrangência dos centros de saúde** são estabelecidas com base nos setores censitários definidos pelo IBGE, sendo constituídas pelo agrupamento de setores adjacentes, respeitando-se os seus limites. Os setores censitários que formam determinada área são definidos mediante avaliação feita pelas equipes locais e distritais, considerando questões como a demanda atendida, o perfil epidemiológico da região, o acesso à unidade de saúde, a existência de barreiras geográficas, o tamanho populacional, o fluxo de transporte.

A definição das **áreas das Equipes de Saúde da Família** leva em consideração a quantidade de habitantes e o índice de vulnerabilidade à saúde na área. São subdivididas, para efeito de organização do trabalho dos ACS, em **microáreas** de acordo com o número de **moradia/famílias** e o índice de vulnerabilidade à saúde.

Está em discussão no município a formação de equipes matriciais, com o objetivo de superar a lógica verticalizada dos processos de referência e contrarreferência e de consolidar as redes de atenção e gestão compartilhada, articulando e integrando os diversos conhecimentos e recursos do sistema municipal.

Atores envolvidos na consolidação

Na fase inicial da implantação, alguns grupos se manifestaram explicitamente desfavoráveis ao processo. Havia muitos questionamentos por parte dos profissionais da atenção básica, principalmente dos médicos especialistas, que queriam manter-se na mesma função. Profissionais de outros níveis assistenciais também reagiram negativamente, por desqualificarem a atenção primária.

Na visão dos gestores da saúde, as resistências da categoria médica estão relacionadas à dificuldade de formação, à velocidade da reestruturação da atenção básica e às modificações no processo de trabalho decorrentes da implantação da Estratégia Saúde da Família.

A categoria de enfermagem não apresentou resistências. Há adesão de modo geral, embora se reconheçam manifestações contrárias pontuais.

Com relação às entidades representativas, o Sindicato dos Médicos e o Conselho Regional de Enfermagem informaram ter sido favoráveis. A posição da Associação

Mineira de Medicina de Família e Comunidade desde a implantação do PSF também tem sido muito favorável.

Há a percepção comum entre as entidades representativas de profissionais de saúde no município, de que há, por parte do poder público municipal, a vontade política de avançar na construção de um sistema de saúde integral.

Os principais apoios para a consolidação da Estratégia Saúde da Família no município foram dados pelo prefeito. Profissionais da Secretaria Municipal de Saúde apoiam a Estratégia e outros gestores, como os das secretarias de Educação, Políticas Sociais, Esporte, têm sido parceiros. O Conselho Municipal de Saúde se manifesta favoravelmente.

O setor privado, segundo os gestores, se posiciona de maneira ambígua. Por um lado, se manifesta em competição pela categoria médica; por outro, e ao contrário do primeiro, observa-se um movimento das operadoras de plano de saúde, em Belo Horizonte, para aderir à modalidade de saúde da família, visando à organização da atenção básica. Algumas universidades privadas também caminham nesta direção, propondo formação nessa linha e adotando a sistemática de ensino da rede pública de serviços de saúde.

Igualmente, a população reagiu às mudanças. A Estratégia interferiu na relação já estabelecida entre a comunidade e os serviços tradicionais de atenção básica. Atualmente, a população tem se manifestado favorável e pressionado permanentemente no sentido da expansão da atenção básica na modalidade da Estratégia Saúde da Família.

GESTÃO DO TRABALHO NA SAÚDE DA FAMÍLIA

O componente da gestão do trabalho em Saúde da Família diz respeito às diversas dimensões das relações estabelecidas entre os profissionais que atuam nas equipes de Saúde da Família nos diferentes municípios que compõem a pesquisa.

Neste estudo, a abordagem da gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família contemplou elementos que possibilitaram compreender a forma como tais relações são estabelecidas. Para tanto, a pesquisa buscou conhecer o perfil dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família em relação a sexo, idade, formação e, também, o

envolvimento desses profissionais em fóruns de formulação da política e de ações de saúde, bem como em entidades representativas.

O detalhamento da forma de inserção desses profissionais foi possibilitado por meio do mapeamento dos vínculos estabelecidos, pelos mecanismos de seleção utilizados e pela remuneração dos profissionais. Nesse contexto, procurou-se verificar as estratégias de fixação, a rotatividade e os possíveis motivos de insatisfação dos profissionais, que dificultariam sua fixação. A capacitação é componente essencial para compreender a adesão dos profissionais à Saúde da Família, bem como os incentivos disponíveis para assegurá-la.

Por fim, complementa-se a compreensão da gestão do trabalho através dos mecanismos de supervisão estabelecidos e da avaliação que os profissionais fazem do processo de trabalho em equipe, pois são dimensões que influenciam direta e indiretamente o arranjo das relações de trabalho instaurados no contexto da Estratégia Saúde da Família.

De maneira geral, as informações reunidas por meio das entrevistas com gestores e dos questionários respondidos pelos profissionais demonstram que a gestão de trabalho das equipes de saúde de família em Belo Horizonte tem buscado equacionar as múltiplas variáveis que influenciam diretamente a dinâmica entre os profissionais e seu trabalho com a comunidade.

Para os gestores da SMSA, a abordagem da gestão do trabalho o enfoca como processo de trocas, de criatividade, de co-participação e co-responsabilização, de enriquecimento e comprometimento mútuos. Essa dimensão da gestão pressupõe a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho, tais como: Plano de Carreira, Cargos e Salários; vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde, com mesas de negociação permanente e comissões locais de negociação de condições de trabalho; capacitação e educação permanente dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho, dentre outros.

Esta política se evidencia no tempo de permanência dos profissionais nas equipes, nos mecanismos de remuneração adequados por categoria, nas complementações via recompensas específicas, nos contratos de trabalho predominantemente estatutários e por meio da CLT (caracterizando a não precarização), nos incentivos para a capacitação

dos profissionais, na definição dos temas para educação permanente, por parte da equipe, e no trabalho em equipe avaliado de maneira positiva pelas diferentes categorias profissionais.

Em que pese o modelo de gestão ter sido uma preocupação dos gestores e o foco da política para a implementação da Estratégia Saúde da Família ter sido o desafio, o aperfeiçoamento e a expansão dos mecanismos de gestão continuam ainda sendo feitos, no entender dos dirigentes da Secretaria, além de permanecer a dificuldade em atrair e reter profissionais médicos, notadamente nas regiões menos favorecidas. É importante destacar que a questão de recursos humanos foi considerada o ponto central de preocupação e de investimento desta gestão pelo secretário municipal de Saúde e sua equipe.

A seguir são sintetizados os principais resultados encontrados, refletindo sobre questões estratégicas já identificadas na pesquisa anterior e buscando reunir as diferentes percepções dos atores envolvidos na Estratégia Saúde da Família, a saber: trabalhadores, gestores e entidades representativas de classe.

Além de ser destacada como prioridade para o gestor, a necessidade de qualificação dos RH fica evidente quando se analisa o perfil dos profissionais, que indica a necessidade de se ampliar a quantidade daqueles com a especialização adequada à sua atuação na Estratégia Saúde da Família e, também, que eles têm forte identificação com a proposta para atuar no Programa.

No que diz respeito à rotatividade deve-se considerar que a percepção dos profissionais ainda aponta a remuneração como elemento de insatisfação, embora a SMSA de Belo Horizonte tenha alguns mecanismos diferenciados de remuneração já estabelecidos. Além disso, destacam-se fatores de insatisfação, tais como: as condições de trabalho, exigência da carga horária integral, baixa oportunidade de progressão profissional, baixo comprometimento dos profissionais e ausência de formação prévia compatível com o modelo proposto pela Estratégia Saúde da Família.

Em relação à capacitação, os principais pontos de melhoria identificados estão vinculados à efetividade do curso introdutório para os ACS e os auxiliares/técnicos de enfermagem, bem como às capacitações voltadas para que os profissionais estejam

aptos a lidar com a diversidade sociocultural da comunidade, ainda que menos da metade dos ACS s auxiliares tenha efetuado o curso introdutório.

A supervisão das equipes, no que diz respeito às diferentes categorias profissionais, pode ter maior contribuição para a orientação do processo de trabalho e sua adequada realização conforme os princípios da Estratégia Saúde da Família, em particular no que concerne aos ACS e aos auxiliares/técnicos. Da mesma maneira, o trabalho em equipe tem espaço para maior consolidação, na medida em que a demanda pelo profissional médico seja menos acentuada entre a população e que haja maior mobilização da comunidade na participação dos conselhos de saúde, como também maior equilíbrio no dimensionamento da população em relação ao padrão estabelecido pela Estratégia Saúde da Família.

Por fim, as dimensões analisadas da gestão do trabalho nas equipes do município de Belo Horizonte apontam os desafios para a inserção dos profissionais na Estratégia Saúde da Família.

Perfil das equipes

O perfil dos profissionais pesquisados sinaliza a predominância de profissionais do sexo feminino entre todas as categorias profissionais, exceto para os médicos, cuja distribuição é mais equitativa entre sexo feminino e masculino (58% e 42%, respectivamente).

As equipes de Saúde da Família (ESF) em Belo Horizonte apresentam média de idade um pouco mais elevada em relação a outros municípios, considerando que a idade média dos profissionais é de 36 anos para os médicos, de 40 anos para os enfermeiros, de 36 anos entre os agentes comunitários e de 45 anos para os auxiliares e técnicos de enfermagem.

Entre os profissionais de nível superior pesquisados, 65% dos médicos e 77% dos enfermeiros têm alguma pós-graduação. É elevada a proporção de médicos e enfermeiros que possuem especialização em Saúde da Família. Perguntados especificamente quanto à realização dessa especialização, 76% dos enfermeiros e 56% dos médicos informaram tê-lo feito, o que é concernente com as iniciativas informadas por gestores de parcerias para a efetivação de curso de especialização em Saúde da Família.

Os enfermeiros se destacam pela formação em Saúde da Família o que demonstra que esta categoria tem se preparado para atuar na Estratégia Saúde da Família.

Cerca de um terço dos médicos cursou alguma residência. Todavia é baixo o percentual daqueles que fizeram residência em Medicina de Família e Comunidade, havendo certa predominância de residências em especialidades básicas e em outras especialidades médicas. Entre os médicos, apenas 28% detinham título de especialista em Medicina de Família e Comunidade.

A formação de ensino médio predomina entre os auxiliares/técnicos de enfermagem (79%) e também entre os ACS pesquisados (75%).

A experiência anterior no PSF tem primazia somente entre os profissionais de nível superior, acentuando-se entre estes a atuação anterior em outros municípios. Considerando que apenas 1/3 dos médicos não possuía experiência anterior no PSF e que o tempo de permanência para 44% dos médicos no município de Belo Horizonte era superior a 4 anos, a ideia recorrente de que o PSF coloca-se como mercado restrito aos médicos recém-formados, não encontra respaldo direto na realidade estudada.

Em Belo Horizonte, 74% dos enfermeiros e 58% dos médicos trabalham no PSF há mais de três anos. Entre os enfermeiros, o tempo de atuação no município por mais de 4 anos é de 56%. Já para os ACS, o tempo médio de atuação no PSF é mais alto do que os profissionais de nível superior, posto que 49% dos auxiliares e 59% dos ACS atuam no PSF do município há mais de 5 anos.

A estabilidade das equipes pode ser considerada alta, uma vez que 63% dos médicos, 53% dos enfermeiros, 75% dos auxiliares e técnicos de enfermagem e 78% dos agentes comunitários informaram que vêm atuando sempre na mesma equipe. No entanto, esse conjunto de informações sinaliza a importância de ações direcionadas para as diferentes categorias profissionais em função do seu perfil vis-à-vis a demanda do contexto de trabalho.

Inserção profissional: vínculo trabalhista, mecanismos de seleção e remuneração

Durante a implantação da Estratégia Saúde da Família em Belo Horizonte, a forma de contratação para o PSF combinou diversos arranjos – servidores do quadro efetivo que aderiram ao PSF, composto por pessoal já concursado pela SMSA, (servidores “antigos”); contratos regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) por tempo

determinado para os profissionais contratados para a ampliação do PSF; contratação de ACS, de acordo com a CLT, com garantia de todos os direitos trabalhistas, através da Sociedade São Vicente de Paula, organização filantrópica ligada à Igreja Católica.

A política da SMSA é de ingresso através de concurso público: foram realizados concursos para médicos do PSF em 2004, 2006 e 2007. Os outros tipos de contratação são utilizados de forma complementar, na maioria dos casos para substituição ou complementação da equipe em situações excepcionais. Os contratos têm caráter temporário de seis meses, prorrogáveis mais cinco vezes por igual período, totalizando trinta meses.

No que se refere ao vínculo dos profissionais em Belo Horizonte, ele é estabelecido predominantemente com a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA). Todos os profissionais de nível superior entrevistados têm contrato de trabalho com a SMSA. Entre os ACS, este percentual é de 82%.

A forma do contrato de trabalho, por sua vez, é bastante homogênea entre as categorias profissionais da equipe. Para os profissionais de nível superior, observa-se que o Regime Jurídico Único (RJU) predomina sobre as demais formas de contratação, sobretudo para os enfermeiros (95%), os técnicos e os auxiliares de enfermagem (83%) e os médicos (81%). Apenas para os ACS, o contrato de trabalho é predominantemente Celetista, 89%, em função de dificuldades legais para que sejam integrados ao quadro permanente.

Embora não seja um número significativo, os médicos constituem a única categoria na qual se observa percentual maior de contratos temporários (11%), refletindo a configuração bastante comum para esta categoria em outros municípios, sobretudo os de menor porte. Este dado indica que, embora em menor dimensão, o problema também é observado para os médicos do município.

Quando se analisa a forma de ingresso dos profissionais, observa-se que 72% dos ACS passaram por processo seletivo da Secretaria Municipal de Saúde e que 14% foram indicados pela associação de moradores ou por outra entidade.

Em junho de 2008, 513 equipes estavam em funcionamento, todavia existia dificuldade em manter este elevado contingente completo. Na data da entrevista com a gerente da Atenção Básica, 58 equipes estavam incompletas, faltando médico ou enfermeira.

A carga horária semanal cumprida nas equipes de Saúde da Família, segundo os profissionais de nível superior, é de 40 horas semanais. No caso dos médicos, no entanto, 63% afirmam ter algum tipo de flexibilidade para exercer outra atividade além do trabalho na equipe de Saúde da Família, enquanto entre os enfermeiros esta flexibilidade existe para 43%, ressaltando-se que 56% cumprem 40 horas semanais de trabalho com dedicação exclusiva.

A dedicação exclusiva ao trabalho na equipe de Saúde da Família é mais frequente na categoria de ACS, ocorrendo para 83% do total. Uma parcela equivalente a 13% cumpre a carga horária de 40 horas semanais com flexibilidade para exercer outras atividades.

No que se refere aos auxiliares/técnicos de enfermagem, 58% trabalham 40 horas semanais com dedicação exclusiva e 37% com flexibilidade para outra atividade além do trabalho na equipe de Saúde da Família.

Remuneração

O Plano de Cargos, Carreiras e Salários da SMSA foi implantado em 1996 e abrange todos os cargos da área da saúde, mas não há carreira específica para o PSF. No Plano existem seis cargos, tendo-se o de médico para médico de Saúde da Família, enquanto para o enfermeiro existe o cargo de técnico superior da saúde, que engloba, entre outros, os psicólogos e os assistentes sociais. O auxiliar de enfermagem está no cargo de auxiliar de serviços de saúde.

A remuneração dos profissionais de PSF no município de Belo Horizonte é diferenciada em função de alguns fatores de incentivo, a saber: a) extensão de jornada de trabalho – para aqueles profissionais que estenderam sua carga horária para 40 horas semanais; b) aporte de fixação - para aqueles profissionais lotados em áreas consideradas de risco ou em Unidades muito distantes do centro e de difícil acesso. Estes incentivos são extensivos a todos os profissionais das Unidades.

As Unidades foram classificadas em função das áreas populacionais e do índice de vulnerabilidade, definindo-se risco social baixo, médio, elevado e muito elevado com salários diferenciados para cada grupo de profissionais.

Os dados do inquérito com profissionais indicam que a remuneração bruta dos médicos, considerando as gratificações, situa-se na faixa entre R\$6.001,00 e R\$ 8.000,00 para

57% dos médicos e entre R\$4.001,00 a R\$6.000,00 para 35%. Entre os enfermeiros, predominam os profissionais que recebem remuneração entre R\$2.000,00 e R\$4.000,00. No que se refere aos ACS, a remuneração de 95% está entre R\$400,00 e R\$600,00. Para os auxiliares/técnicos de enfermagem, a remuneração tem maior variação do que as demais categorias, mas concentra-se na faixa entre R\$401,00 e R\$600,00 para 42% dos profissionais. No entanto, 23% destes profissionais recebem remuneração acima de R\$1.000,00, demonstrando a disparidade encontrada nesta categoria.

A particularidade da remuneração para os médicos das equipes de Saúde da Família é também observada quando se consideram os dados de Minas Gerais, segundo os quais 57% dos médicos no Estado recebem remuneração superior a R\$ 4.000,00, enquanto 45% dos enfermeiros concentram-se na faixa de remuneração entre R\$ 2.000,01 e R\$ 3.000,00 (Barbosa e Rodrigues, 2006).

O equivalente a 89% dos médicos e 97% dos enfermeiros informou receber algum tipo de benefício ou complementação salarial. Os tipos mais frequentes, para ambos, são insalubridade, auxílio alimentação e complementação para atuação em áreas de risco.

Quanto aos ACS, apenas 3% afirmaram receber algum tipo de complementação ou de benefício do tipo insalubridade, auxílio transporte ou alimentação, enquanto na categoria de auxiliares/técnicos de enfermagem, 87% recebem complementação ou benefícios, citando o auxílio alimentação com mais frequência .

Rotatividade e estratégias de fixação dos profissionais

A rotatividade das equipes vem sendo mencionada como um dos nós críticos ao longo desta discussão sobre a gestão do trabalho no PSF. Entre as estratégias utilizadas pela SMSA destacam-se a melhoria do padrão salarial, a perspectiva de carreira e o investimento na capacitação.

As duas primeiras não têm surtido muitos resultados, segundo os gestores. Já foram realizados três concursos públicos, no entanto o déficit permanece, principalmente em relação aos médicos.

A fixação do profissional médico e a adequação do seu perfil a esse trabalho foi considerada pelos gestores como o grande desafio. Estas dificuldades são encontradas apenas em relação aos profissionais médicos, não acontecendo com os enfermeiros, com os odontólogos nem com os auxiliares.

A estratégia de associar a qualificação ao desenvolvimento na carreira, prevista no plano de cargos e salários, vem sendo tentada. Nesta linha foram ofertadas na rede dois Programas de Residência e cursos de especialização. Ao investigar os motivos de desligamento, através de pesquisa interna, as gerências avaliaram que o principal motivo de desligamento de profissionais não é apenas a questão salarial como se imaginava e sim o volume de trabalho e a violência em algumas áreas.

Os gestores identificam a necessidade de intervir no sentido de repensar o processo de trabalho de forma conjunta através de instrumentos, tais como grupos de discussão e telemedicina, que poderiam contribuir para diminuir a “solidão” do exercício profissional dos médicos e melhorar o processo de trabalho.

Dentre as dificuldades de fixação dos médicos está também o cumprimento da carga de oito horas diárias, mesmo para os concursados a partir de 2004. Segundo o gestor, os profissionais aceitam as condições contratuais, mas solicitam, no cotidiano, a redução da carga horária.

A complexidade que requer a implementação deste novo modelo gerencial em relação ao profissional médico na perspectiva do seu itinerário profissional contribui também, no entender do SMSA, para esta rotatividade.

As principais razões para a insatisfação e a rotatividade, na percepção dos médicos e dos enfermeiros pesquisados, estão relacionadas aos seguintes fatores: i) remuneração inadequada dos profissionais (médicos 78% e enfermeiros 76%); ii) condições de trabalho precárias (infraestrutura deficiente das unidades de saúde, insumos insuficientes) (médicos 82% e enfermeiros 69%); iii) exigência da carga horária integral (médicos 63% e enfermeiros 48%).

Capacitação para o PSF

O principal problema identificado pelos gestores para a gestão do trabalho na SMSA tem sido a qualificação das equipes tanto do ponto de vista técnico como nos aspectos da humanização e da relação com o usuário.

Ao se implantar a Estratégia Saúde da Família no município, fez-se um convênio com a UNESCO e com a Universidade Federal do Estado de Minas Gerais para desenvolver um Curso de Especialização em Saúde da Família de forma presencial. Com a primeira turma, iniciada no final de 2003 e início de 2004, a coordenação enfrentou problemas

quanto à definição de conteúdos, à defasagem do conhecimento teórico sobre a temática e dos aspectos pedagógicos inerentes ao exercício profissional neste modelo de atendimento.

Quando analisaram a experiência dos cursos de especialização iniciais, os gestores observaram que tinham abordagem integral e a preocupação de formar generalistas, na lógica do PSF. Hoje, a demanda está voltada ao desenvolvimento de habilidades específicas que os cursos de especialização não contemplam. Neste sentido estão sendo oferecidos cursos de atualização, de aperfeiçoamento e de capacitação em habilidades, vinculados a hospitais, a ambulatórios e, às vezes, em Unidades, com profissionais da própria rede.

Atualmente está sendo organizado um curso de especialização à distância e atividades de qualificação, a partir de estágio, para o desenvolvimento de habilidades, como são chamadas as capacitações em áreas ou competências específicas.

Além das especializações foram criadas duas residências de Saúde da Família na SMSA. Já foram formados 1.000 médicos e enfermeiros especialistas em Saúde da Família, enquanto 200 estão em processo de conclusão.

Além desses projetos desenvolvidos pela Secretaria com as instituições de ensino para formação dos profissionais do PSF, existe um curso de especialização em saúde coletiva para os cirurgiões-dentistas com ênfase na Estratégia Saúde da Família e um curso de Especialização para Enfermeiros, com foco em processos de educação em saúde, com o objetivo de potencializar o processo de educação permanente no serviço de atenção básica e secundária, assim como na urgência e na emergência.

Outro curso de especialização que está sendo implantado é o de Gestão de Sistemas de Saúde, que tem como preocupação resgatar a visão da saúde pública na perspectiva da gestão dos serviços, proposta que inclui os gestores de serviços e também os gestores em nível de Distrito.

Os treinamentos dirigidos a grupos específicos têm sido outra inovação em termos de qualificação. Com a criação dos Centros de Especialidade Médica na SMSA tornou-se possível identificar as necessidades de capacitação específica em certas áreas em função do excesso de encaminhamentos, por exemplo, para determinada especialidade. Os

centros de especialidades são constituídos por pequenas equipes de especialistas, que atendem a um grupo de equipes básicas.

O Curso de Formação do Agente Comunitário de Saúde é desenvolvido em parceria com o Ministério da Saúde, a Escola Técnica de Saúde Pública além da Universidade Federal, através da Escola de Enfermagem.

Entre os incentivos à formação destaca-se a liberação da carga horária para a realização de cursos, a efetivação de parcerias para oferta de cursos, a pesquisa em serviço, o apoio à participação dos servidores em eventos científicos e o adicional de titulação.

Um dos grandes desafios apontados pelos gestores é o de aproximar os processos de educação do processo de trabalho. Para a GATES, o processo de trabalho deve ser o ordenador do processo de qualificação. O Centro de Educação, portanto, trabalha com a qualificação dos trabalhadores que já estão no SUS e com o processo de formação dos futuros trabalhadores do SUS na integração do ensino e serviços, responsabilizando-se pela residência e pelas atividades educativas e de extensão.

Observa-se, a partir dos dados da pesquisa de campo, que é fundamental receber treinamentos de atualização em atenção básica, visando à atuação na Estratégia Saúde da Família, para aproximadamente 84% dos profissionais de nível superior, bem como a capacitação permanente sobre atenção a grupos específicos, mencionada por 72% dos médicos e 80% dos enfermeiros. Também foi bastante valorizada por estes profissionais a participação no treinamento introdutório de Saúde da Família e em encontros entre os profissionais da área para troca de experiências.

Em relação à capacitação dos ACS, apenas 44% participaram do curso introdutório antes de iniciarem suas atividades no PSF e 65% dos que o fizeram, consideraram o conteúdo ministrado insuficiente para o exercício de seu trabalho. A situação dos técnicos e auxiliares se aproxima dos ACS, mas apresenta maior índice: 56% realizaram o curso introdutório e 40% o consideraram insuficiente.

Supervisão

O acompanhamento das ações de saúde e dos profissionais é feito através dos distritos de saúde e do gerente local de cada unidade, que é um profissional da área de saúde, de nível superior, selecionado e nomeado, pertencente ao quadro efetivo da instituição e responsável pela gestão local, que inclui a gestão do trabalho, a articulação política no território e a gestão do Programa Bolsa Família.

Como estratégia de supervisão inovadora tem sido utilizado um sistema de Teleformação, o qual, segundo a coordenadora da Atenção Básica, se efetiva sistematicamente em três linhas: Tele-enfermagem, com temas da enfermagem; Telemedicina, dirigida aos médicos; e Tele-saúde bucal, para odontólogos. A formação é realizada por profissionais da SMSA e da Universidade.

A partir da demanda dos profissionais das equipes que elegem temas e da identificação de “*gaps*” na atenção pela equipe da coordenação de Atenção Básica, são montados conteúdos e conduzidas as propostas de formação. Os temas variam para cada um desses grupos e a periodicidade é quinzenal, funcionando em sistema de videoconferências.

Finalmente, a teleconsultoria, mediante a qual os profissionais mandam perguntas por e-mail ou fazem contato direto (existe horário predeterminado), com um grupo do Hospital das Clínicas ou da equipe de coordenação da Atenção Básica.

Indagados sobre a existência de supervisão, 57% dos profissionais de nível superior informam que esta não existe. Entre os médicos é maior o percentual daqueles que informaram a existência da supervisão (49%) em relação aos enfermeiros (39%). Na perspectiva dos profissionais, quanto ao processo de supervisão, a pesquisa identificou que têm visões diferenciadas de como se realiza e de sua efetividade, de acordo com as categorias. Para os médicos, a supervisão é feita para a equipe e para cada categoria profissional. Já para os demais profissionais, é direcionada às atividades da equipe, coletivas. De maneira geral, parece não haver clareza acerca do processo de supervisão por parte dos profissionais.

Os ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem reconhecem a supervisão exercida pelos enfermeiros, tendo sido a estes também atribuída a função de coordenar a equipe de Saúde da Família, por todas as categorias profissionais. Vale destacar que, quando os ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem avaliam a contribuição da supervisão para suas atividades, destacam aquelas relacionadas ao controle burocrático administrativo e não as diretamente relacionadas à orientação para o processo de trabalho.

O foco da supervisão tem sido principalmente o controle administrativo-burocrático das atividades, mais que a orientação quanto ao processo de trabalho, como ilustram, a seguir, os principais itens em comum entre os ACS e os auxiliares/técnicos de enfermagem no que se refere à contribuição da supervisão: acompanhar as ações na

USF e na comunidade; controlar as atividades em relação às regras e normas estabelecidas pelo PSF e no tocante ao plano de metas; controlar administrativamente a frequência ao trabalho e a realização de procedimentos de rotina, evitando irregularidades que possam prejudicar a comunidade; favorecer o bom entrosamento e a cooperação da equipe.

Avaliação das entidades representativas dos profissionais em relação ao modelo de gestão do PSF em Belo Horizonte

Com o objetivo de conhecer a perspectiva das categorias profissionais, foram realizadas entrevistas com três entidades representativas dos profissionais de saúde no Estado de Minas Gerais – Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade (AMMFC), o Sindicato dos Médicos (SMMG) e o Conselho Regional de Enfermagem – para ouvir sobre o modelo de gestão do trabalho em Saúde da Família.

De modo geral, as três entidades posicionam-se favoravelmente à Estratégia Saúde da Família como política de saúde para o município e relatam parcerias com a Secretaria Municipal de Saúde.

Todas concordam que a realização de concursos públicos é a melhor forma de seleção e de ingresso no PSF e defendem a inserção no quadro permanente como forma preferencial de contratação.

Para as entidades representativas dos médicos (Sindicato e AMMFC), a criação do cargo de médico de 40 horas no plano de cargos da SMSA é uma das principais reivindicações da categoria e constitui uma questão central a ser resolvida.

Uma das preocupações das entidades que representam os médicos têm sido a rotatividade dos profissionais que trabalham no PSF. A presidente da AMMFC relata ser este tema de debate frequente na entidade. Para o presidente do SMMG, aumentou o número de profissionais que percebem o PSF como perspectiva de carreira, mas a rotatividade ainda é significativa em função da exigência de carga horária integral e do desgaste profissional que o trabalho traz. O salário ainda é considerado insatisfatório pelo Sindicato, na medida em que se exige dedicação exclusiva. Assim como os gestores, o presidente do Sindicato aponta o problema da violência como fator de dificuldade para a fixação dos profissionais.

Tanto a presidente da Associação como o presidente do Sindicato dos Médicos reconhecem o investimento feito pela Prefeitura na formação dos profissionais,

destacando a flexibilização da carga horária de trabalho com a possibilidade de o médico fazer plantão em unidade de urgência da SMSA, o contrato de trabalho predominantemente estatutário e o apoio à participação em congressos, com pagamento da inscrição, passagem e estadia.

O maior problema da Estratégia Saúde da Família, no momento, na perspectiva da AMMFC, é a baixa valorização do profissional médico de família por seus pares, no caso, os especialistas.

Em relação à possibilidade de, em curto prazo, se ter um contingente significativo de médicos de família, o principal fator limitante, para a AMMFC, seria a dificuldade das entidades formadoras de elaborar o conteúdo programático necessário para que o médico, logo que se forme, possa atuar como generalista.

Outra dificuldade apontada pelo Sindicato é o fato de que, hoje, muitos médicos que fazem residência de clínica médica, o fazem como pré-requisito para entrar em outras especialidades mais valorizadas (presidente do SMMG).

Para o representante do Sindicato, o maior empregador de médico no país nos próximos anos será certamente o PSF, e a própria valorização do médico de Saúde da Família acontecerá quando os profissionais colocarem o PSF como carreira, um projeto de vida, na medida em que se começa a ter residências com maior estrutura, com algum grau de tradição, de experiência.

Para o COREN, as dificuldades encontradas no exercício profissional do enfermeiro no PSF dizem respeito ao conflito com a categoria médica quanto à interpretação da legislação no tocante à prescrição de medicamentos e solicitação de exames, o que resultou em liminar contra a Portaria n.º 1.648 e, mais recentemente, na discussão acerca da Portaria n.º 1.625.

O Ministério da Saúde convocou o COSEMS e o CRM com a intermediação do CONASEMS para fazer a discussão da Portaria n.º 1.648. Os embates têm acontecido principalmente em Brasília e em Minas Gerais. O ponto principal da polêmica é que, com a nova legislação, o enfermeiro pode prescrever os medicamentos que estejam previstos nos protocolos dos Programas de Saúde do Ministério da Saúde.

Com a SMSA, o principal conflito atual decorre das atribuições do enfermeiro na dispensação farmacêutica. No PSF, o enfermeiro é o responsável pela farmácia local e

quem está dispensando medicamentos é o auxiliar. Estas atividades são consideradas desvio de função pela entidade representativa.

A Presidente do COREN destaca, todavia, a política de valorização da enfermagem, englobando os profissionais de nível médio, iniciada pelo Município.

Desafios da gestão do trabalho na Saúde da Família

O conjunto das informações reunidas mostra que, em Belo Horizonte, a SMSA tem buscado equacionar as múltiplas variáveis que influenciam diretamente a dinâmica da gestão de trabalho das equipes de saúde de família. Os resultados desta estratégia são evidenciados: pelo maior tempo de permanência dos profissionais nas equipes, por mecanismos de remuneração adequados por categoria, por complementações via recompensas específicas, por contrato de trabalho predominantemente estatutário e mediante a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (caracterizando a não precarização), por incentivos para a capacitação dos profissionais, pela definição, da parte da equipe, dos temas para a educação permanente e o trabalho em equipe avaliado de maneira positiva pelas diferentes categorias profissionais.

No entanto, chama a atenção que, embora esses mecanismos de gestão estejam implementados, os gestores, principalmente, destacam a dificuldade para a atração e a retenção dos profissionais médicos, notadamente nas regiões menos favorecidas da cidade.

Em síntese, a análise dos resultados da pesquisa do processo de implementação da Estratégia Saúde da Família no Município de Belo Horizonte aponta para os seguintes aspectos, que devem ser valorizados e destacados:

- i) A centralidade da gestão do trabalho e o investimento nos processos de qualificação como prioridades da gestão;
- ii) As estratégias de educação permanente, que privilegiam o espaço de trabalho como espaço de aprendizagem;
- iii) A existência de quadro permanente de profissionais selecionados através de concurso público;
- iv) A implantação de sistema de remuneração diferenciado de forma a incentivar e, ao mesmo tempo, remunerar o exercício profissional em locais de grande vulnerabilidade.

Em relação aos nós críticos identificados e que merecem reflexão mais aprofundada sobre estratégias de enfrentamento estão:

- i) O fortalecimento e a ampliação da capacitação dos ACS e dos técnicos e auxiliares de enfermagem;
- ii) A incorporação dos ACS aos quadros da Secretaria;
- iii) A introdução de um sistema de supervisão e de acompanhamento do desempenho dos profissionais e das equipes com abordagem pedagógica, permitindo a reflexão sobre o processo de trabalho e possibilitando sua revisão.

ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A descrição e análise do processo de trabalho e das práticas assistenciais das equipes de saúde da família foram realizadas a partir dos resultados do inquérito com os profissionais das ESFs do município de Belo Horizonte, abordando os seguintes aspectos: a programação das ações programáticas, o estabelecimento de ações prioritárias para o atendimento da população, a identificação das principais atividades desenvolvidas por tipo de profissional e a avaliação da relação dos profissionais da equipe de saúde da família com a população atendida.

Programação das atividades da equipe

A programação das atividades realizadas pela ESF em Belo Horizonte é fortemente orientada pelas demandas da população, pelo seu perfil epidemiológico e o da realidade local, de acordo com mais de 70% dos profissionais de nível superior e médio.

Orientações da Secretaria Municipal de Saúde informam essa programação, segundo 70% dos profissionais de nível superior e 49% dos profissionais de nível médio. A disponibilidade do espaço físico é apontada por parte dos profissionais (47% dos médicos, 55% dos enfermeiros e 35% dos ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem) como instrumento importante para a orientação das atividades, o que pode sugerir limitações para a realização de atividades condicionadas por este fator.

A periodicidade da programação é semanal, segundo cerca de 70% de todos os profissionais, tendo-se aqueles que participam mais regularmente da programação de ações da Estratégia Saúde da Família como integrantes da equipe básica.

Os dados do SIAB são pouco utilizados pelos profissionais de nível superior para a programação de suas atividades (61% dos médicos e 37% dos enfermeiros não souberam informar sobre a utilização dos dados do SIAB). Contudo, 28% dos médicos e 35% dos enfermeiros afirmaram que os dados são levados para discussão entre a equipe; alguns profissionais (17% médicos, 35% enfermeiros) relataram que estes são analisados para a tomada de decisão. Entre os profissionais de nível médio, 58% dos ACS e 31% dos auxiliares/técnicos de enfermagem indicaram que os dados do SIAB são analisados pela equipe para a tomada de decisões, enquanto 45% ACS informaram que discutem os dados com a coordenação do PSF.

Foi solicitado aos ACSs e aos auxiliares/técnicos de enfermagem que indicassem a frequência com que utilizam instrumentos para facilitar o seu processo de trabalho. A reunião de equipe, o cadastro das famílias e a programação semanal foram as opções citadas por mais de 70% dos profissionais, com uso sempre ou na maioria das vezes.

Ações prioritárias da equipe

Todas as categorias profissionais entrevistadas informaram que cada equipe estabelece as prioridades no atendimento da sua população cadastrada (95%). Entre as ações prioritárias mais destacadas pelos profissionais de nível médio e superior estão: o controle da hipertensão (97% dos médicos, 94% dos enfermeiros, 97% dos ACS e 93% dos aux./técnicos de enfermagem), a atenção pré-natal (94% dos médicos, 97% dos enfermeiros, 95% dos ACS e 89% dos aux./técnicos de enfermagem), o controle do diabetes (92% dos médicos, 93% dos enfermeiros, 94% dos ACS e 91% dos aux./técnicos de enfermagem) e a atenção à criança (90% dos médicos, 94% dos enfermeiros, 94% dos ACS e 91% dos aux./técnicos de enfermagem) (tabelas C10 profissionais).

A saúde mental é ação prioritária para o município, de acordo com a informação dos gestores, e mesmo sem ter sido incluída na lista de ações contida no questionário aplicado aos médicos, enfermeiros, ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem foi lembrada entre as respostas por alguns profissionais entrevistados.

Atividades rotineiras realizadas pelas ESFs

Solicitou-se aos profissionais da equipe de saúde da família entrevistados que indicassem a frequência das atividades realizadas semanalmente com base em sua experiência dos últimos 30 dias anteriores à pesquisa. A maioria dos médicos realiza todos os dias consultas clínicas individuais para a população cadastrada (93%) e para grupos prioritários (50%), atendimento à demanda espontânea da população (96%) e atendimento de emergência/urgência (58%).

Atividades de grupo são feitas pela maioria dos médicos (82%), sendo para 36%, uma vez por semana e para 21%, a cada quinze dias.

Apenas 25% dos médicos informaram ter reuniões com a comunidade, dentre os quais 18% o fazem uma vez por mês. As reuniões de equipe acontecem semanalmente, segundo a maioria dos médicos (74%).

A maior parte dos enfermeiros informou efetuar todos os dias atendimento à demanda espontânea da população (97%), supervisão do trabalho dos auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (81%) e consulta clínica individual para a população cadastrada (65%). Reuniões com a coordenação/supervisão são realizadas por 62% dos enfermeiros uma vez por mês (41%).

Atividades de grupo são feitas pela maioria (84%) dos enfermeiros: 39% realizam uma vez por mês e 21%, uma vez por semana. As reuniões de equipe acontecem semanalmente, segundo o maior número dos enfermeiros (69%). Cerca de 40% dos enfermeiros informaram fazer reuniões com a comunidade, dentre os quais, 32% fazem encontros com a comunidade uma vez por mês.

A maioria dos ACSs informou realizar todos os dias: visitas domiciliares (64%), controle de hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase (57%), prevenção da dengue (56%), informe sobre imunização infantil (56%) e desenvolvimento de atividades dirigidas para as famílias (55%). As reuniões de equipe acontecem semanalmente (74%) e, para 49%, as reuniões com a coordenação/supervisão. O acompanhamento de gestantes é feita por 57% dos ACS apenas uma vez por mês.

Boa parte dos ACSs (87%) realiza trabalho de campo, em que desenvolve atividades dirigidas para a comunidade em geral; dentre estes, 27% o fazem todos os dias e 26%, uma vez por mês. O levantamento das necessidades da população na área de saneamento básico e meio ambiente é efetuado por 57% dos ACS todos os dias (24%) ou uma vez por mês (23%). A organização de grupos de usuários é realizada por pouco

mais da metade dos ACS (59%) entre uma vez por mês (32%) ou uma vez por semana (28%).

Destaca-se a baixa frequência de atividades de educação continuada: mais da metade dos ACS não participaram de atividades de capacitação continuada nos 30 dias anteriores à pesquisa.

A maioria dos auxiliares/técnicos de enfermagem afirmou aplicar injeção todos os dias (88%), agendar consultas na própria USF (80%), fazer inalação (79%), aplicar vacinas (75%) e fazer curativos (68%). As reuniões de equipe têm lugar uma vez por semana (72%).

A maior parte dos auxiliares/técnicos de enfermagem (85%) informou que realiza visitas e procedimentos de auxiliar de enfermagem nos domicílios, dentre os quais 34%, com frequência semanal e 25%, até três vezes por semana. Menos da metade (43%) dos auxiliares/técnicos de enfermagem desenvolve atividades de campo dirigidas à comunidade em geral: 12% com frequência mensal e 10% com frequência quinzenal. Mais da metade (66%) dos auxiliares/técnicos de enfermagem participam da organização de grupos de usuários: 33% organizam uma vez por semana e 16%, uma vez por mês.

Visita Domiciliar

Atividade mais executada diariamente pelos ACSs (64%) (Tabela C11), as visitas domiciliares são praticadas pela maioria (95%). Cada família é visitada pela maioria dos agentes comunitários de saúde (76%) com frequência mínima mensal. Entre estes, 29% ressaltaram que, dependendo da necessidade da família, fazem a visita domiciliar mais de uma vez por mês (Tabela C13).

A maioria dos médicos (94%) e dos enfermeiros (95%) faz visitas domiciliares: com frequência semanal, para 58% dos médicos e 60% dos enfermeiros; uma vez a cada duas semanas, para 19% dos médicos; e até três vezes por semana, para 15% dos enfermeiros.

Auxiliares/ técnicos de enfermagem (91%) realizam visitas domiciliares em conjunto com outros profissionais da ESF, em geral os ACS (85%).

Relação equipe/população

A maioria dos médicos (85%) e dos enfermeiros (83%) entrevistados afirmou que a implantação do PSF mudou a relação entre os serviços e a população.

Perguntados se a população valoriza a Saúde da Família e os novos procedimentos introduzidos pela estratégia, os médicos e enfermeiros da ESF informaram que a população valoriza principalmente as visitas domiciliares de médicos e enfermeiros (96%) e as ações desenvolvidas através das visitas domiciliares de ACS (69%), valorizando pouco ou não valorizando as reuniões para discutir programação das ações coletivas (62% dos médicos e 63% dos enfermeiros) e as reuniões para discutir diagnóstico de saúde da comunidade (57% dos médicos e enfermeiros).

O atendimento pela equipe multiprofissional (51% dos médicos e 64% dos enfermeiros) e a realização de atividades para acompanhamento de grupos prioritários (56% dos médicos e 65% dos enfermeiros) são considerados pelos médicos e enfermeiros como valorizados pela população, contudo em menor intensidade.

Perguntados sobre a relação da ESF com a população que atende, a maioria dos médicos (71%) e dos enfermeiros (68%) da ESF afirmou que estabelece vínculos com a população com base no reconhecimento das famílias, de seus membros individuais e de suas necessidades específicas. Parte dos médicos (28%) e dos enfermeiros (41%) respondeu que a relação da ESF com a população que atende promove a melhoria da qualidade de vida do cidadão a partir de um conjunto de orientações sobre promoção da saúde e cuidados com a doença.

De acordo com os ACSs, a condição de morador da comunidade em que atuam interfere principalmente no acesso dos moradores para apresentarem queixas, discutir soluções para seus problemas de saúde (67%), na observação de focos de riscos no ambiente familiar e social e na relação com as famílias da comunidade (62%).

A maior parte dos ACS (62%) e cerca da metade dos auxiliares e técnicos de enfermagem (48%) afirmou ter o costume de sempre procurar a família do usuário para discutir o problema de saúde dele.

CONHECIMENTO E USO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Como indicadores do conhecimento e do uso da Estratégia Saúde da Família pelas famílias foram investigados: o conhecimento do PSF (espontâneo e estimulado), o

conhecimento da localização da USF, a forma e a facilidade de acesso à USF, a experiência de atendimento das famílias e do entrevistado alguma vez e nos últimos 30 dias, o profissional que prestou o atendimento, o local de atendimento, os motivos de atendimento, a visita domiciliar por médico ou enfermeiro e o conhecimento do ACS de sua área.

Conhecimento do PSF

A maioria dos entrevistados (84%) informou ter conhecimento da Estratégia Saúde da Família no município (resposta espontânea 60% e estimulada 24%). Entre estes, 69% conheciam o local de funcionamento da USF; em sua maior parte, a consideravam de fácil acesso (92%) e chegavam até ela a pé (86%).

Entre os que conheciam a Estratégia Saúde da Família (760), a maioria (86%) afirmou saber que seu domicílio é cadastrado na Unidade de Saúde da Família.

Uso do Programa Saúde da Família

O uso do PSF foi investigado apenas entre aqueles 760 entrevistados que conheciam a Estratégia Saúde da Família. Quase todos (711 famílias ou 94%) informaram ter tido alguma experiência de atendimento pela Estratégia Saúde da Família na unidade ou no domicílio. Este atendimento fora feito pelo Agente Comunitário de Saúde (75%), por médico (54%) e por enfermeiro (37%). Seis por cento das famílias recebera visita domiciliar feita pelo médico ou pelo enfermeiro da ESF nos últimos 30 dias.

Atendimento do próprio entrevistado pela ESF nos últimos 30 dias

Nos últimos 30 dias anteriores à realização da pesquisa, 38% dos entrevistados foram atendidos por profissional da Equipe de Saúde da Família. Dentre os que receberam atendimento por profissional da ESF, 51% foram atendidos pelo médico, 43% pelo ACS e 21% pelo enfermeiro. O atendimento fora feito na Unidade de Saúde (51%), na própria casa (31%) durante a visita domiciliar ou na casa e na USF (10%). Os principais motivos do atendimento do entrevistado nos últimos 30 dias foram: a visita domiciliar de rotina da equipe (29%), por doença ou porque se sentiu mal (28%), por continuidade ao tratamento de doença crônica (hipertensão/diabéticos) (18%) e para realizar preventivo ginecológico (9%).

Conhecimento do Agente Comunitário de Saúde

O Agente Comunitário de Saúde de sua área de moradia era conhecido por 91% das famílias (das 711 famílias com experiência de atendimento pela Estratégia Saúde da Família).

POSIÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA REDE ASSISTENCIAL

A posição da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial é discutida a partir da análise da constituição da equipe saúde da família /Unidade Saúde da Família como porta de entrada preferencial ao sistema de saúde, das estratégias de atendimento à demanda espontânea e da identificação, por usuários, da USF como serviço de procura regular.

Pressupõe-se que a existência de uma porta de entrada preferencial com garantia de cuidado a cada nova necessidade de atenção à saúde facilita a constituição de vínculos e a continuidade da atenção. Do mesmo modo, o atendimento das diversas demandas da população – programadas ou espontâneas – para ações de prevenção, tratamento e acompanhamento facilita a constituição da USF como serviço de procura regular.

Porta de entrada preferencial ao sistema de saúde segundo gestores

No município de Belo Horizonte a atenção básica está estruturada a partir de uma rede de centros de saúde que se configuram como porta de entrada preferencial do sistema de saúde municipal, concebendo-se a Estratégia Saúde da Família como o ponto de primeiro contato dos usuários na unidade de saúde. O desenho organizativo da atenção básica adotado nesse município, manteve os centros de saúde tradicionais, nos quais as ESFs foram integradas. Contudo, em áreas de maior vulnerabilidade social, novas unidades de saúde foram construídas para a atuação das ESFs. A Estratégia Saúde da Família foi escolhida com a perspectiva de mudança do modelo assistencial na rede básica de saúde.

Um conjunto de ações assistenciais e gerenciais tem sido desenvolvido no município com o sentido da ampliação do acesso e da integração da oferta de serviços nos diferentes níveis de atenção. A preocupação central do SMSA é construir um sistema de serviços de saúde em que a atenção básica tenha a função de porta de entrada preferencial de uma rede integrada de atenção à saúde.

O modelo assistencial da atenção básica em Belo Horizonte articula atendimentos à demanda espontânea e à programada. O acolhimento, um dos legados de políticas antecessoras no município, organiza a porta de entrada da UBS, primando por atendimento ampliado, que inclui pronto-atendimento e garantia de referência especializada.

Cada UBS tem uma forma de organizar o atendimento à demanda espontânea, assumindo o compromisso de assegurar horário para o seu atendimento todos os dias.

Para aumentar a resolutividade da Atenção Básica, a SMSA ampliou o acesso a apoio diagnóstico (rede laboratorial) e terapêutico (assistência farmacêutica ampliada), com referências reguladas para a atenção especializada.

Ademais do esforço da SMSA em dar maior resolutividade à Atenção Básica, os gestores da saúde reconhecem que alguns problemas ainda persistem no acesso aos serviços de média complexidade. A oferta de atenção especializada apresenta insuficiências, com tempos de espera longos para algumas especialidades.

A SMSA tem assumido a tarefa de organizar os fluxos, qualificando a regulação do sistema de forma que a urgência, o apoio diagnóstico e os leitos hospitalares possam receber a demanda da atenção básica, potencializando, assim, a sua função de porta de entrada preferencial do sistema de saúde.

Estratégias de atendimento à demanda espontânea

A principal estratégia para atendimento à demanda espontânea é o acolhimento, realizado diariamente na unidade de saúde.

Apesar da preocupação em não transformar as unidades básicas em pronto-atendimentos, o grupo gestor da saúde em Belo Horizonte entende que a ESF deve estar organizada para atender a demanda espontânea em razão de ser responsável pela população de referência e ter a função de programar ações de saúde amplas para o fim proposto.

Os resultados da pesquisa realizada junto aos profissionais de saúde da ESF corroboram as observações dos gestores, indicando que as USF organizam boa parte de suas ações para o atendimento da demanda espontânea.

Com base em sua experiência de trabalho nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa, 95% dos médicos e 97% dos enfermeiros informaram realizar atendimento à demanda espontânea todos os dias (tabelas C13).

Médicos (93%) e enfermeiros (89%) das ESFs do município concordam com a afirmativa de que a população apresenta forte demanda por atendimento médico e pressiona a ESF para o atendimento da demanda espontânea. Parte significativa dos profissionais da ESF considera que, na prática, a USF cumpre as funções de pronto atendimento (83% dos ACS, 73% dos auxiliares de enfermagem, 71% dos médicos e 64% dos enfermeiros).

Entre os ACS entrevistados, profissionais que atuam mais próximo da comunidade e das famílias e são especialmente responsáveis pelas ações de promoção e de prevenção da saúde, 63% consideram que a população resiste às ações das ESFs.

Avaliação dos profissionais quanto à posição da estratégia na rede assistencial

Os profissionais das ESFs consideram que a unidade básica de saúde é acessível a toda a população cadastrada (90% dos médicos, 85% dos enfermeiros, 72% dos auxiliares de enfermagem e 89% dos ACS) e que a Estratégia Saúde da Família ampliou o acesso de novas parcelas da população aos serviços de saúde do município (97% dos médicos, 96% dos enfermeiros, 92% dos ACS).

Entre os ACS, 63,5% avaliam que o tempo médio entre o agendamento e o atendimento de consultas na Unidade de Saúde da família ainda é elevado, demonstrando que o acesso imediato à USF foi ampliado, porém que a utilização do serviço de saúde requer um tempo de espera. Médicos (90%) e enfermeiros (87%) discordam desta opinião.

Médicos e enfermeiros são críticos com relação ao número de famílias por ESF. Esses profissionais (médicos, 92% e enfermeiros, 93%) discordaram da afirmativa de que o número de famílias sob responsabilidade de uma ESF é adequado.

Entre os profissionais das ESFs há concordância geral quanto à posição da Estratégia Saúde da Família como ponto de primeiro contato da população no sistema de serviços de saúde municipal. Médicos (90%), enfermeiros (88%), auxiliares de enfermagem (80%) e ACS (95%) concordam que a população procura primeiro a USF quando necessita de atendimento de saúde. Concordaram também (médicos, 94%, enfermeiros 87%, auxiliares de enfermagem 88% e ACS 92%) que o PSF vem substituindo as UBS no atendimento à população.

Em consonância com os resultados anteriores, 88% dos médicos e enfermeiros discordam da afirmativa que a população procura primeiro a rede hospitalar ou unidades tradicionais de saúde. Entretanto, 64% dos ACS têm opinião oposta aos médicos e enfermeiros e concordam com essa questão.

Em síntese pode-se dizer que, do ponto de vista da gestão e da assistência, o sistema de saúde de Belo Horizonte tem avançado na concepção da atenção primária como porta de entrada em uma rede integrada de serviços de saúde. Existe alinhamento entre a avaliação dos profissionais, a dos usuários das USF e o discurso dos gestores da saúde quanto à posição de porta de entrada da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial.

Serviço de procura regular das famílias

As entrevistas com as famílias cadastradas por ESF identificaram aspectos positivos com relação à posição da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços do sistema de saúde de Belo Horizonte.

Os serviços de atenção primária têm se configurado como importante fonte de cuidado regular no município. Das famílias cadastradas por ESF, 85% declararam procurar o mesmo serviço de saúde para assistência ou prevenção de saúde. Este percentual é maior do que o estimado na PNAD 2003, em que 79% da população brasileira dispunha de serviço de procura regular. O posto de saúde foi a modalidade de serviço de saúde mais citada pelos entrevistados na PNAD (52%).

Em Belo Horizonte, onde o Centro de Saúde é o lugar em que se estrutura o cuidado ofertado pelas ESFs, pode-se inferir que 75% das famílias procuraram as USF (posto ou centro de saúde, unidades ou equipes de saúde da família do SUS) como fonte de cuidado para a assistência ou prevenção.

Procura de serviços nos casos de adoecimento durante os últimos 30 dias

Das famílias cadastradas, as que foram entrevistadas, 74% informaram não ter havido caso de adoecimento nos últimos trinta dias. Dentre os que adoeceram nos trinta dias que antecederam a entrevista, 84% referiram ter procurado um serviço de saúde. A situação de adoecimento ocorrido na família foi avaliada pelos entrevistados como casos mais ou menos graves (34%) ou sem gravidade (35%). O estado no momento da pesquisa de 53% das pessoas que adoeceram era de cura e 22% consideraram que a pessoa que adoecera estava do mesmo jeito.

Entre os que procuraram atendimento no serviço de saúde quando adoeceram, 84% foram atendidos no primeiro serviço de saúde e 11%, no segundo serviço procurado.

Quase metade (48%) das pessoas que adoeceram foi atendida em posto ou unidade de saúde da família. Agregando todas as opções de atendimento em um serviço de saúde do SUS, pode se inferir que, nas famílias cadastradas pela ESF, 78% das pessoas que adoeceram nos 30 dias anteriores à pesquisa, acessaram e utilizaram um serviço de saúde do SUS quando precisaram.

Iniciativas das famílias em caso de doença

Em Belo Horizonte, a prática de procurar um serviço de saúde diante de um mal-estar ou adoecimento corresponde ao comportamento de 65% das famílias entrevistadas. O percentual sobe para 87%, se agregarmos a procura direta à emergência hospitalar.

Nos finais de semana, o serviço de saúde mais procurado em caso de adoecimento é o pronto-socorro ou emergência do SUS para 60% das famílias entrevistadas; 12,5% destas referem procurar pronto-socorro ou emergência do setor privado.

Os dados da pesquisa revelam que é verdadeira a percepção dos gestores e gerentes de que a atenção primária é a porta de entrada preferencial do sistema de saúde municipal. No âmbito assistencial, a Estratégia Saúde da Família tem se configurado como espaço de atenção regular para as famílias, seja para prevenção ou para atenção médica.

INTEGRAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA À REDE ASSISTENCIAL

Em Belo Horizonte, os esforços para integrar a Estratégia Saúde da Família à rede de serviços foram avaliados positivamente pelos gestores entrevistados e reconhecidos pelos profissionais. A ampliação da porta de entrada pela atenção básica possibilitou ao usuário buscar a resolução de seus problemas de saúde, mesmo que dificuldades de acesso à atenção especializada ainda permaneçam.

Desde o ano de 1994, quando foi iniciada a municipalização da rede básica de saúde, a SMSA vem implementando estruturas de controle e de avaliação. Os quase 15 anos de desenvolvimento destas estruturas resultam na existência de processos consolidados de regulação, que avançam na gestão de contratos, no monitoramento de indicadores de

desempenho e qualidade da atenção hospitalar e na descentralização das ações de regulação da atenção especializada para distritos e centros de saúde.

No momento, a principal estrutura de regulação da SMSA é a Gerência de Regulação e Atenção Hospitalar. Existem outras estruturas organizacionais independentes que desempenham estas funções, como a Gerência de Projetos Especiais, no caso da média complexidade. Para a provisão de exames laboratoriais, também há gerência própria assim como para a atenção de urgência e emergência. O paralelismo de estruturas vinculadas à gestão do controle, avaliação e regulação pode ser elemento potencialmente gerador de fragmentação das ações, ainda que a integração entre as gerências ao interior da SMSA tenha sido mencionada.

Acesso à atenção especializada

É consenso entre gestores, médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família que o percurso mais comum para o acesso à atenção especializada acontece por meio de encaminhamento dos centros de saúde. Segundo 96% dos 147 profissionais entrevistados de nível superior (72 médicos e 75 enfermeiros), as consultas com especialistas são agendadas na UBS mediante o sistema informatizado de marcação e regulação de consultas e exames especializados, o Sistema de Informação de Regulação (SISREG), e são avisadas posteriormente ao usuário por telefone ou, mais frequentemente, pelo ACS. Entre os usuários entrevistados que declararam ter consultado um especialista nos últimos 12 meses, 67% afirmaram que foram encaminhados pela equipe de saúde da família (E25).

Entre as iniciativas mais exitosas de integração da rede destaca-se a implantação do SISREG, que, no município, passou por adaptações em relação ao *software* disponibilizado pelo MS para atender a especificidades locais. Entre as maiores potencialidades do sistema foram destacadas: a possibilidade de definição de prioridades clínicas, a marcação *on-line* de procedimentos no próprio centro de saúde e o conhecimento das filas de espera. Quase a totalidade dos médicos e enfermeiros (99%) reconhece a existência de central de marcação de consultas especializadas nas unidades básicas.

Todas as unidades básicas operam com cotas para a atenção especializada, que são distribuídas conforme os critérios de risco social da população adscrita, buscando-se facilitar o acesso aos mais desprovidos. Por sua vez, segundo os gestores locais, a

classificação de riscos possibilitada pelo SISREG permite aos reguladores do nível central priorizar casos que não podem estar na fila de espera e que excedem as cotas físicas de cada centro de saúde.

Aproximadamente, 81% dos médicos afirmaram que sempre e na maioria das vezes conseguem realizar agendamento para serviços de média complexidade. Já para os serviços de apoio à diagnose e de terapia, as dificuldades parecem maiores, conforme avaliação desses profissionais, assim como para os procedimentos de alta complexidade. No Relatório de Gestão de 2007 da SMSA BH consta que, em até 30 dias, mais de 80% dos usuários saem da fila de espera para consultas especializadas e em até 60 dias, mais de 90%. Os gestores ressaltam, entretanto, diferenças entre especialidades.

Segundo a avaliação da maioria das famílias entrevistadas (58%), o intervalo de tempo transcorrido entre o encaminhamento pela Equipe de Saúde da Família e a realização da consulta por especialista é de até 30 dias. Todavia, a percepção dos médicos entrevistados difere em relação ao tempo de espera por consultas especializadas. Para a maioria, cerca de 60%, o tempo médio de espera de um usuário referenciado para especialista ou cardiologista é de três meses e mais. Representantes de entidades profissionais também apontam dificuldade para a garantia de algumas especialidades, apesar da implantação dos mecanismos de priorização clínica.

A SMSA reconhece dificuldades para oferta de atenção especializada. A contratação de procedimentos da rede privada e a realização de concursos públicos para especialistas têm sido estratégias adotadas. Contudo, a insuficiente oferta de algumas especialidades, como, por exemplo, urologia, e a baixa remuneração paga pela Tabela SUS foram entraves apontados à garantia de média complexidade.

A resolatividade tanto da atenção básica quanto da atenção especializada também agravaria as filas de espera, segundo avaliação de gestores. Entre as famílias entrevistadas, 60,5% reconhecem que conseguem resolver seus problemas de saúde no atendimento prestado pela UBS. Contudo, 32,5% referiram necessidade de procurar um especialista. Entre as famílias que haviam sido atendidas pelo médico da equipe de saúde da família nos últimos 30 dias, o percentual das que relataram necessidade de encaminhamento a outro serviço de saúde ou profissional foi praticamente idêntico – 32%. Aliás, a necessidade de consulta médica com especialista foi o principal motivo de

referência efetuada pela equipe de saúde da família, segundo famílias atendidas pelo PSF nos 30 dias anteriores ao estudo e que precisaram de encaminhamento.

Destaca-se o alto percentual de entrevistados que declararam ter consultado especialista nos últimos 12 meses – cerca de 46%, utilizando-se mais os serviços das Policlínicas ou PAMs (30,5%) e dos ambulatórios de hospitais públicos (24%). Um quarto dos entrevistados que consultara o especialista nos últimos doze meses procurara diretamente consultório ou clínica privada.

A primeira instância reguladora do sistema é o centro de saúde, após anos em que esta foi uma função do nível central. O desafio atual é garantir a qualidade dos processos regulatórios desempenhados pelas 145 UBS, o que exige transformações nos processos de trabalho, nos recursos humanos e na infraestrutura.

Neste sentido, uma das inovações é a tentativa de implantar comissões locais de regulação nos centros de saúde, que funcionam de acordo com a dinâmica de cada unidade de saúde. Ainda assim, problemas referentes ao preenchimento das justificativas clínicas e ao critério de priorização foram observados pelos gestores. Segundo os médicos entrevistados, apenas 28% referiram que sempre utilizam normas e procedimentos para referência, enquanto 54% as utilizam na maioria das vezes. Entre as famílias, 77% informaram receber informações por escrito quando encaminhadas ao especialista.

Segundo avaliação dos gestores, embora os fluxos formais estejam definidos, a contrarreferência permanece como desafio por várias razões: vinculação histórica com a atenção especializada, isolamento entre profissionais da atenção primária e especializada, desqualificação do trabalho do generalista, dificuldades dos profissionais para registro de dados clínicos. A avaliação das famílias é mais positiva: 52% relataram retornar ao centro de saúde com informações por escrito após a consulta com especialista.

Acesso aos serviços de apoio à diagnose e terapia

O acesso a serviços de apoio à diagnose e à terapia é diferenciado conforme o tipo de exame: há maior facilidade para acessar exames de patologia clínica e maiores dificuldades para estudos de imagem. Um fator facilitador para a realização de exames de patologia clínica é a presença de postos de coleta nas UBS, relatada por gestores e

confirmada pela maioria das famílias entrevistadas (92%), que afirmaram coletar material no próprio centro de saúde.

Segundo gestores locais, os laboratórios municipais são responsáveis pela execução da quase totalidade deste tipo de exame, com realização bastante rápida, sem fila de espera nem demandar que o usuário se desloque, exceto nos casos de exigência de preparo especial. De acordo com 64% dos médicos e dos enfermeiros entrevistados, os exames de patologia clínica são feitos em até três semanas e, para 40% dos médicos, em até 7 dias. Todo o processo está informatizado, inclusive para o recebimento dos resultados no centro de saúde.

Mesmo para os exames efetuados na rede contratada, a coleta é feita na unidade básica e o resultado, encaminhado pelo laboratório municipal de volta à UBS. Cerca de 94% das famílias entrevistadas afirmaram sempre tomar conhecimento do resultado dos exames e 84% sempre conseguem consulta de retorno para recebimento e avaliação dos resultados.

A regulação e a marcação de exames especializados seguem o mesmo fluxo das consultas. Gradativamente, todos estão sendo incluídos no SISREG. Mais de 90% dos médicos e enfermeiros entrevistados relataram que a equipe de saúde da família pode solicitar diretamente, além dos exames de patologia clínica, ampla gama de métodos diagnósticos, que incluem: eletrocardiografia, radiologia simples, mamografia, ultrassonografia obstétrica e clínica e métodos endoscópicos. Já exames de alta complexidade, como tomografia computadorizada e audiometria, devem ser encaminhados pelo especialista para análise no setor de alta complexidade. Há protocolos clínicos implantados que orientam fluxos e procedimentos. Ainda assim, 26% dos médicos afirmaram que poucas vezes ou nunca existem normas definidas para solicitação de exames laboratoriais.

Exames bastante empregados, como o ultrassom, também enfrentam problemas de oferta insuficiente e de baixos preços pagos pela Tabela SUS. Com a criação dos Centros de Especialidades Médicas (CEMs), o município teria melhorado o acesso aos serviços de apoio à diagnose e terapia, conforme apontam gestores locais. Todavia, entre os médicos das equipes de saúde da família entrevistados, apenas 56% afirmaram conseguir agendar os serviços de apoio diagnóstico sempre e na maioria das vezes, mas 32% informaram que poucas vezes logram agendar esses tipos de serviço.

O tempo médio de espera para a realização de exames de radiologia e ultrassom estimado por 36% desses profissionais é de 3 meses e mais, contudo, para 37,5% é de até um mês. De acordo com avaliação das famílias, 68% dos entrevistados relataram conseguir efetuar todos os exames solicitados pelas equipes de saúde da família e 30% fazem somente alguns exames, o que condiz com a avaliação dos médicos apontada acima. Ainda assim, entre os entrevistados que apontaram a necessidade de realizar exames solicitados pelo médico do Saúde da Família nos últimos 12 meses, 93% afirmaram ter conseguido. Muito provavelmente, estas respostas referem-se a exames de patologia clínica, cuja oferta não apresenta problemas, conforme já mencionado. Corrobora esta afirmativa o fato de 91% terem dito que o prazo transcorrido entre a solicitação e a realização de exames é de, no máximo, um mês.

Acesso à atenção hospitalar

Todos os leitos que compõem a rede hospitalar de Belo Horizonte são regulados por uma central municipal. Uma ação importante, e considerada das mais exitosas, é a da figura do gestor de contrato, que acompanha o alcance de metas de produção e qualidade, além de definir responsabilidades e serviços a serem oferecidos pelos prestadores da rede hospitalar.

Para os gestores locais, a capacidade regulatória evoluiu significativamente, tendo como um dos resultados o fechamento de leitos e de hospitais de má qualidade e a descentralização das discussões de regulação também para o nível dos distritos e demais unidades locais. Ainda assim, percentual importante de médicos (26%) e de enfermeiros (51%) entrevistados das equipes de saúde da família não soube informar o tempo médio de espera do usuário encaminhado para cirurgias eletivas, o que pode indicar que o acompanhamento deste processo ainda não faz parte da rotina de trabalho das equipes.

Há referência para a atenção hospitalar em todos os distritos sanitários, seja no centro da cidade ou no próprio território, embora cerca de 50% dos médicos entrevistados tenham relatado dificuldades para realizar agendamento para internações. Contudo, de acordo com os fluxos instituídos pela SMSA, exceto nos casos de emergência, as cirurgias eletivas são avaliadas e autorizadas por juntas responsáveis pela análise das AIHs e não diretamente pelos médicos dos centros de saúde. Segundo gestores locais, no caso da atenção à gestante, o cuidado está territorializado em quase todos os distritos, o que se

reflete no alto percentual de médicos e enfermeiros que relata sempre e na maioria das vezes (80%) conseguir o agendamento para a maternidade.

A fila de espera é monitorada eletronicamente, uma vez que os fluxos estão informatizados. Maior tempo de espera é observado para cirurgias eletivas de baixa e média complexidade, uma vez que os valores da Tabela SUS para estes procedimentos são muito baixos de acordo com a avaliação de gestores locais. A insuficiência de leitos qualificados de clínica médica e CTI também representa entrave à oferta de atenção hospitalar. Segundo avaliação de gestores entrevistados, o fato de Belo Horizonte realizar cerca de 40% de cirurgias das cidades do interior, que poderiam ser feitas nesses locais, aumentam as filas de espera na cidade.

Acesso à urgência e emergência

Para os casos de urgência que necessitam de atenção hospitalar, Belo Horizonte conta com Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), com o SAMU e com hospitais com emergência, cujas vagas são reguladas pela central municipal, inclusive no que se refere à oferta estadual, federal e privada contratada. No município, todas as portas de entrada para urgência e emergência estão em unidades públicas de saúde, estando compostas por UPAs e por hospitais públicos. Quando o usuário precisa de internação nessas unidades, a solicitação é enviada *on-line* para a Central de Internação e avaliada pelo médico regulador. Além dos hospitais e UPAs, os centros de saúde também contam com materiais básicos e sala de observação para os primeiros atendimentos de urgência.

A integração da rede de atenção básica com as UPAs também foi uma preocupação apontada pelos gestores entrevistados. Um discurso recorrente é que as unidades de urgência ainda recebem significativo número de casos que não apresentam perfil para este tipo de serviço, o que ocorre, em parte, pela vontade de ser atendido prontamente e, em parte, por certa facilidade em realizar exames. Contudo, forte ênfase tem sido dada na instituição de fluxos formais entre atenção básica e pronto-atendimento.

Em Belo Horizonte, os serviços de urgência e emergência trabalham com classificação de riscos. A assistente social da UPA, após a classificação de risco do paciente, nos casos em que não seja identificada a necessidade de atendimento de urgência, faz o contato com o serviço de saúde ao qual o paciente está vinculado para que o atendimento possa ser efetivado no centro de saúde. Outra função deste profissional é realizar a contrarreferência do usuário após receber o atendimento necessário.

Segundo gestores e gerentes locais, todas estas iniciativas vêm tornando a relação centro de saúde–UPA muito mais próxima, com impactos positivos na diminuição de procura por serviços de urgência em casos considerados com perfil para atendimento na rede básica.

Avaliação das equipes quanto à atenção integral prestada pela Estratégia Saúde da Família

Médicos e enfermeiros avaliaram o desempenho das equipes de saúde da família no desenvolvimento de uma série de ações consideradas importantes para o alcance de atenção integral. As mais bem avaliadas referem-se à capacidade de a ESF conhecer os principais problemas de saúde da população (93%) e intervir (77%), garantir acesso à atenção básica (79%), acolher as demandas (91%), estabelecer vínculos (95%), acompanhar (84%) e garantir medicamentos para grupos prioritários (85%), resolver 80% ou mais dos casos atendidos (84%) e realizar atividades preventivas individuais (77%).

Observa-se que as intervenções avaliadas por mais de 70% dos profissionais como muito satisfatórias e satisfatória, dizem respeito a atividades cuja maior governabilidade se encontra no âmbito da própria equipe de saúde, sem maiores necessidades de articulação com a rede de serviços. Neste sentido, 72% dos entrevistados consideraram insatisfatório/muito insatisfatório o desempenho da equipe em garantir atendimento especializado, e 56,5%, em assegurar internação. Aliás, esta foi a afirmativa com maior percentual de respondentes que não soube opinar.

A SMSA vem desenvolvendo outras ações para integrar a Estratégia Saúde da Família à rede de serviços além das iniciativas mencionadas acima, como: o fortalecimento das estruturas regulatórias com a descentralização de funções para o nível local; a implantação das centrais de regulação informatizadas; a contratação de serviços especializados da rede privada e a ampliação da rede própria para aumento de oferta; e o estabelecimento de fluxos entre atenção básica e pronto-atendimento.

Reuniões são organizadas nos distritos com o objetivo de discussão do sistema informatizado, dos fluxos de referência e dos protocolos, de treinamentos dos profissionais para melhor operação do sistema e troca de informações que circulam na intranet. Há também um fórum de atenção secundária, coordenado pela Gerência de Projetos Especiais, que envolve representantes da SMSA, de unidades de média

complexidade e dos distritos para debater a questão da regulação assistencial, do absenteísmo, das filas eletrônicas e das dificuldades de operação do sistema.

Como estratégias de educação permanente, com potencialidades para melhorar a integração entre profissionais, são efetuadas reuniões clínicas, visitas dos especialistas aos centros de saúde e vice-versa e telemedicina a partir de teleconferência e teleconsulta. Cerca de 90% dos centros de saúde estão equipados para a realização destas atividades. Segundo a presidente da Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade de Minas Gerais uma pesquisa demonstrou que, em média, 90% dos casos de consulta do generalista com especialista por meio do Telemedicina não necessitaram de encaminhamento posterior.

Ainda que a telemedicina seja estratégia considerada inovadora para melhorar a integração da rede de serviços de saúde, continua sendo necessário, segundo avaliação de gestores locais, maior contato pessoal entre os profissionais, o que é dificultado pela agenda e indisponibilidade de tempo para o deslocamentos de um serviço a outro.

Há reclamações por parte da população quando os médicos realizam atividades fora dos centros de saúde ou, até mesmo, quando estão participando das atividades de telemedicina. Neste sentido, gestores locais apontam a necessidade de maior interação entre médicos de família e especialistas: *“o médico da atenção básica precisa do cardiologista. Ele precisa de uma segunda opinião, precisa de apoio”*, exemplifica o SMSA.

Para a coordenadora de Atenção Básica, mesmo tendo sido implantadas as estruturas gerenciais que permitem maior integração da rede, *“se não houver o contato pessoal entre os profissionais dos diversos níveis, as relações de hierarquia não irão mudar”*. Ela aponta que o especialista precisa sair do consultório e conhecer diretamente as pressões e demandas da população, o que possibilitaria a mudança de atitude, de valorização e respeito aos profissionais que constituem os outros níveis do sistema. Este movimento de maior aproximação já está em curso nos distritos onde foram implantados os Centros de Especialidades Médicas, nos quais os médicos de família têm uma relação mais próxima com os especialistas por meio de contatos telefônicos e e-mails.

Por fim, considera-se importante ressaltar o discurso de alguns gestores, que destacaram a ausência de políticas para a média complexidade por parte do Ministério da Saúde

como uma das grandes dificuldades para garantia de acesso à atenção especializada no SUS. Apesar das dificuldades enfrentadas, Belo Horizonte vem implementando ações para garantia da atenção secundária, o mesmo não sendo observado em relação ao gestor federal. Neste sentido, a maior parte dos investimentos para assegurar o atendimento integral, o que implica necessariamente serviços especializados e hospitalares, faz parte das iniciativas e esforços do gestor municipal: “(...) *para prover ao cidadão um atendimento integral, não há como esquecer esta parte. Você tem a atenção básica, mas se o paciente precisa seguir para outros níveis, não adianta só a atenção básica para garantir o direito à saúde*” (gestor da SMSA/BH).

COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS

A coordenação dos cuidados tem sido destacada internacionalmente como aspecto fundamental para a organização de sistemas integrais de saúde, sendo identificada como estratégia capaz tanto de garantir a continuidade da atenção, quanto de otimizar o uso dos recursos em saúde. Na pesquisa buscou-se conhecer as concepções e as estratégias desenvolvidas pelos municípios para a garantia da coordenação dos cuidados e da continuidade da atenção, bem como a avaliação dos profissionais das ESFs sobre tais estratégias.

Em Belo Horizonte foi possível observar um discurso afinado entre o secretário municipal de saúde e demais gerentes de nível central da SMSA acerca da importância da coordenação do cuidado no âmbito da gestão municipal. Em linhas gerais, os entrevistados ressaltaram que a efetiva coordenação dos cuidados gera ganhos de eficiência para o sistema de serviços de saúde, possibilitando o alcance da atenção integral à saúde e da longitudinalidade – um dos atributos da própria APS, como pontua Starfield (2002).

A perspectiva dos gestores é confirmada, em parte, pelos depoimentos de médicos e enfermeiros das ESFs: para 83% desses profissionais, o papel da ESF nas funções de porta de entrada e de coordenação está especificado na política local.

Entre os gerentes de nível central da SMSA, também foi consensual o entendimento de que a Saúde da Família é que deve assumir a coordenação dos cuidados. Alguns

entrevistados chegaram a afirmar que a implantação da Saúde da Família impulsionou o debate em torno da coordenação dos cuidados.

Segundo os depoimentos, as estratégias de coordenação dos cuidados, implantadas em âmbito municipal, passam pela discussão em torno do processo de trabalho dos profissionais da rede de serviços de saúde, mais especificamente das ESFs. Entre os profissionais das ESFs (médicos e enfermeiros) entrevistados, a maioria (97%) informou concordar ou concordar muito que os enfermeiros das ESFs são ativamente envolvidos na coordenação dos cuidados.

Em relação aos grupos populacionais específicos, todos os gerentes assinalaram que os portadores de doenças crônicas e os pacientes graves tendem a ser os mais afetados pela inadequada coordenação dos cuidados. No entanto, a maior parte desses entrevistados realçou o entendimento de que diversos grupos populacionais demandam atendimento contínuo e, portanto, a atenção à saúde de crianças, gestantes, idosos, pessoas com doenças graves e portadores de doenças crônicas requer efetiva coordenação de cuidados, o que pode ser explicado pela associação entre coordenação de cuidado e atenção contínua.

Diversos dispositivos para a coordenação dos cuidados foram adotados em Belo Horizonte e citados pelos gerentes entrevistados, dentre eles, o investimento na atenção especializada, sobretudo com a inauguração dos Centros de Especialidades Médicas (CEM) e o uso de recursos das tecnologias de informação e comunicação, como: a telemedicina e os prontuários eletrônicos, a construção de linhas de cuidado e o uso de protocolos.

O município adota estratégias de linhas de cuidado para várias áreas consideradas prioritárias, tais como: portadores de doenças cardiovasculares, atenção materna, saúde da criança (criança asmática, desnutrida), da mulher e do idoso. Não fica suficientemente claro, no entanto, em que medida essas linhas de cuidado inovam em relação às clássicas ações programáticas. Alguns gerentes sinalizaram que a definição das linhas prioritárias passa pela avaliação das necessidades de saúde e pela perspectiva de melhoria do desempenho da atenção prestada.

No entanto, o diferencial das linhas de cuidado em Belo Horizonte parece residir na discussão coletiva – através de fóruns colegiados que envolvem gestores e profissionais de saúde de diversos níveis da atenção – em que se busca garantir a integração dos

diversos níveis do sistema através da interface entre as gerências de atenção básica, atenção secundária, urgência e regulação. Espera-se, desse modo, melhorar o percurso assistencial do sistema e garantir a efetividade da atenção.

A disponibilidade de informações e a continuidade informacional entre os níveis do sistema também têm sido destacadas como estratégias fundamentais para a garantia da coordenação dos cuidados. A gestão municipal da saúde em Belo Horizonte investiu na informatização do prontuário em anos recentes, cobrindo sete das nove regiões de saúde do município. Na avaliação dos gerentes da SMSA e dos representantes dos conselhos profissionais, a informatização do prontuário permitiu maior acesso do conjunto de profissionais às informações em saúde da população coberta e o intercâmbio entre profissionais das ESFs e especialistas. Há queixas, no entanto, sobre a lentidão do sistema operacional.

De acordo com a quase totalidade (95%) dos profissionais de nível superior das ESFs (médicos e enfermeiros), os prontuários médicos estão **sempre ou na maioria das vezes** disponíveis para consulta do profissional durante o exame do usuário.

Alguns profissionais informaram fazer uso de prontuário individual (49%), outros do prontuário familiar (30%) e os outros 21% declararam que os prontuários estão organizados por indivíduos e por famílias. Os prontuários médicos estão sempre disponíveis quando o profissional examina o usuário (95% médicos e enfermeiros). Para a maioria dos profissionais das ESFs (incluindo os auxiliares de enfermagem e ACS), o prontuário é o principal registro das ações desenvolvidas pelas ESFs, ainda que outras formas de documentação também sejam usadas. Mesmo que os atendimentos realizados durante as visitas domiciliares sejam relatados nos prontuários, a maior parte dos ACSs faz anotações apenas para uso pessoal (60%).

Em relação à continuidade informacional entre os diferentes níveis do sistema de saúde, a maior parte dos médicos e dos enfermeiros (98%) declarou que sempre ou na maioria das vezes fornece informações escritas quando os pacientes são referidos para outros serviços. No entanto, quando se trata de recebimento de informações escritas acerca dos resultados das consultas referidas a especialistas, boa parte dos entrevistados (93%) informou que isso **poucas vezes ou nunca** acontece.

Outra estratégia de coordenação do cuidado que foi adotada em Belo Horizonte diz respeito ao estabelecimento e ao uso de protocolos de atenção. Tais protocolos seguem

as recomendações gerais do Ministério da Saúde, mas são adaptados às exigências locais, passando por amplo processo de discussão, de forma a envolver o maior número de participantes. De acordo com alguns gerentes da SMSA, os protocolos são construídos, implantados e revisados com base no ciclo de vida, na perspectiva de atender as necessidades de saúde dos diversos grupos populacionais. Encontravam-se implantados em Belo Horizonte no mês de agosto de 2008 os seguintes protocolos: saúde da criança, da mulher, do adulto, de doenças crônicas e do fluxo de informações entre atenção primária e secundária, entre outros.

Embora enfatizem a percepção de que a coordenação dos cuidados é um processo contínuo e cujos impactos só são perceptíveis em médio e longo prazos, os gerentes da SMSA apontaram ganhos de eficiência já observados no sistema municipal de saúde, dentre eles, a maior integração entre os diferentes níveis do sistema, a maximização dos recursos e a redução das internações hospitalares.

A par dos avanços, muitos são os desafios enfrentados no processo de implantação do papel da Atenção Básica, especialmente da Saúde da Família, como coordenador dos cuidados. Os gerentes municipais destacaram aspectos, como: resistências dos profissionais e persistência da lógica assistencial hospitalocêntrica em um grande centro urbano, no qual já havia previamente uma rede assistencial robusta e desarticulada.

Na avaliação da maioria dos médicos e dos enfermeiros das ESFs, os médicos do Saúde da Família não têm permissão para acompanhar o paciente durante a internação (65% dos entrevistados discordaram ou discordaram muito que seja permitido este acompanhamento). Igualmente, a maioria desses profissionais discorda ou discorda muito da afirmativa de que os profissionais das ESFs desfrutam do mesmo nível de reconhecimento profissional que os especialistas, questão que constitui empecilho importante à adesão dos profissionais à Estratégia Saúde da Família.

INTERSETORIALIDADE

A construção de uma APS abrangente exige, para além dos atributos relacionados à organização do sistema de serviços de saúde, a construção de ações intersetoriais capazes de responder aos determinantes mais gerais do processo saúde-doença, os quais, como se sabe, ultrapassam as intervenções específicas do setor e demandam a ação

coordenada e integrada dos diversos setores responsáveis pelas políticas econômicas e sociais.

Nesse sentido, a pesquisa procurou conhecer as iniciativas da própria SMSA para promover a articulação com outros setores de políticas públicas e de que forma os gestores percebem o papel desempenhado pela Estratégia Saúde da Família nesse processo, além das práticas das ESFs.

Foram investigadas as práticas intersetoriais desenvolvidas pelas ESFs tanto no que se refere à articulação com outros setores governamentais e organizações do chamado terceiro setor como também às ações e aos incentivos promovidos por essas equipes à participação da comunidade.

Foi possível observar que, em Belo Horizonte, a intersectorialidade constitui uma das diretrizes do governo municipal. A experiência do Orçamento Participativo (OP), implantada no município em 1992, ilustra a preocupação da gestão municipal na articulação e integração intersectorial há algum tempo.

Belo Horizonte conta com diversas instâncias e fóruns colegiados – seja no nível central do governo municipal, seja em âmbito regional, seja ainda em nível local – com a participação de representantes das diversas secretarias municipais voltadas à área social. Podem ser destacadas:

- ◆ as **Câmaras Intersectoriais Permanentes de Políticas Sociais e Políticas Urbanas**, coordenadas por secretários municipais e subordinadas ao prefeito e que discutem regularmente o orçamento e a integração das políticas;
- ◆ os **grupos executivos**, os quais funcionam como grupos de trabalho voltados a temas específicos e acompanham e monitoram ações que envolvem diferentes setores;
- ◆ os **Núcleos Intersectoriais Regionais (NIR)**, que reúnem os setores de saúde, educação e assistência social nas nove gerências regionais para o acompanhamento do Programa Bolsa Família.

Além dessas instâncias, o município conta com dois programas prioritários no atual (2008) governo municipal: o **Programa BH Cidadania** e o **Programa Vila Viva**, ambos com seus desenhos institucionais pautados na articulação intersectorial.

O setor saúde integra, em alguma medida, todos os fóruns acima relacionados e ainda coordena o grupo executivo de controle da dengue. A contribuição desse setor foi

destacada pelo conjunto dos gestores entrevistados, sobretudo pelo diagnóstico das vulnerabilidades em cada território/comunidade do município e pela produção de informações a respeito disso.

Além da articulação com outros setores governamentais em Belo Horizonte, a saúde desenvolve parcerias com diversas organizações não governamentais (ONGs), como empresas e igrejas. De acordo com os gestores entrevistados, o estabelecimento dessas parcerias se dá com base no reconhecimento de um tema considerado problema prioritário.

O município de Belo Horizonte definiu a Saúde da Família como estratégia estruturante do sistema municipal de saúde a partir da concepção de Saúde Integral, a qual implica reconhecer que o cuidado em saúde depende da articulação de todos os serviços da rede, com o acompanhamento da equipe da Saúde da Família e da *'integração orgânica'* dos diferentes setores de políticas sociais.

O principal foco de intervenção intersetorial da Estratégia Saúde da Família passa, segundo sua coordenação, pelas famílias vulneráveis, ou seja, famílias pobres, com diversos problemas, na busca de alternativas para obter soluções a partir de uma abordagem múltipla de cuidado das equipes da Saúde da Família.

Os eixos de ação intersetorial considerados centrais pela Estratégia Saúde da Família são: controle da dengue, doenças cardiovasculares e seus fatores de risco, DST/AIDS, saneamento, violência, doenças de veiculação hídrica, distúrbios nutricionais, controle da proliferação do caramujo africano e bolsa família, além de promoção da saúde e de modos de vida saudáveis, com foco na atividade física e na alimentação saudável.

Pela avaliação de alguns gestores, os resultados mais positivos de atuação intersetorial com participação ativa do setor saúde, em Belo Horizonte, podem ser encontrados no Programa Bolsa Família (que articula os setores de saúde, educação e assistência social), na Escola Integrada (que abrange tanto setores governamentais, tais como cultura, esporte, abastecimento, trânsito e limpeza urbana, quanto organizações da sociedade civil presentes no âmbito local), no programa BH Cidadania (com participação dos setores de saúde, educação, transporte, cultura e assistência social) e no projeto Academia da Cidade (que integra as secretarias de saúde, esporte e educação).

A fala dos gestores de diversas secretarias municipais destaca o importante papel da Estratégia Saúde da Família na identificação de situações de risco social e de saúde,

além do seu potencial de consolidação das redes locais. Como afirma a assessora para ações intersetoriais do município: a *“Saúde da Família é um lugar de encontro com a comunidade e de construção de um ideário de qualidade de vida, de direitos, de fortalecimento dos laços com a família e de cidadania”*.

Na mesma direção, o trabalho dos ACS foi enfatizado pelos gestores de diferentes secretarias municipais no sentido de fornecer informações, tais como risco sanitário, perfil da população e agravos mais frequentes, as quais são utilizadas para dimensionar o conjunto de famílias vulneráveis, desenhar intervenções e direcionar políticas de corte social. Além dos ACS, o gerente do Centro de Saúde foi apontado como interlocutor e agente importante no território, pois contribui para a sensibilização e o levantamento das famílias.

Apesar do reconhecimento da importância e da contribuição dessas iniciativas, alguns gestores salientam que a construção de ações intersetoriais ainda é pontual e não atinge a totalidade do território municipal. Em áreas que possuem forte tradição de intersetorialidade, as ESFs tendem a se sentir menos isoladas e são estimuladas a estabelecer parcerias com outros setores governamentais e com a sociedade civil.

Entre os gerentes da SMSA há a compreensão dos limites das ações da equipe da Saúde da Família no campo da Promoção da Saúde. Reconhecem que o escopo de atuação das ESFs tem limites, não sendo justo cobrar somente das equipes a responsabilidade e o desenvolvimento de ações intersetoriais, pois estas devem ser implementadas através de políticas de governo em conjunto com a sociedade: *“Há de se desconstruir certo dogmatismo da Saúde da Família, de que a equipe vai ser uma super equipe no sentido de fazer ações fora do setor saúde”*, destacou o secretário do SMSA.

Gestores destacaram, como dificuldades enfrentadas na construção da intersetorialidade em Belo Horizonte, aspectos como: déficit no financiamento das ações, diferenças de lógicas organizacionais e, mesmo, de linguagem entre as diferentes secretarias, sobrecarga dos gestores municipais com problemas específicos de seu setor, baixa capacitação dos ACS para o desenvolvimento de ações intersetoriais e o localismo de algumas iniciativas.

Por sua vez, a otimização dos recursos, a agilidade nas respostas e a efetividade das ações foram ganhos apontados pelos gestores no desenvolvimento da intersetorialidade no município.

O setor saúde em Belo Horizonte também estabelece parcerias com instituições universitárias da cidade, em especial com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), voltadas para o ensino e a pesquisa. A rede municipal de saúde é campo de estágio para os cursos da área de saúde dessas universidades.

Há queixas da gestão municipal da saúde quanto à lacuna de Residência em Saúde da Família, o que gera profissionais sem experiência nesta área de atuação e a ausência do debate sobre a Saúde da Família. Ao mesmo tempo, as parcerias têm contribuído para a definição e a realização de uma agenda de pesquisas voltadas para os serviços de saúde, dando ênfase especial à APS, ao menos nos anos recentes.

Outra dimensão da intersetorialidade que a pesquisa procurou contemplar diz respeito às práticas assistenciais desenvolvidas pelas ESFs a partir de informações dos questionários de seus profissionais e das famílias cadastradas, além das entrevistas com gestores municipais e gerentes.

Procurou-se avaliar inicialmente práticas específicas das ESFs para o conhecimento dos problemas e das condições de saúde da comunidade em que atuam. De acordo com os gerentes das quatro USF visitadas, as equipes realizam diagnóstico da comunidade com periodicidade frequente. Os diagnósticos são feitos por microáreas, e as atividades das ESFs são programadas com base nesse diagnóstico.

A percepção de que o diagnóstico dos problemas de saúde da comunidade informa a programação das atividades das ESFs indicada por profissionais não foi, contudo, confirmada pelas famílias cadastradas que conheciam a Estratégia Saúde da Família: menos de 12% dos entrevistados declararam que o diagnóstico da comunidade fora iniciado ou feito nos últimos cinco anos, enquanto 72% informaram não saber se foi feito algum levantamento dessa natureza.

Dentre as famílias que afirmaram ter havido algum levantamento ou avaliação dos problemas de saúde de sua comunidade nos últimos cinco anos, menos da metade (48%) declarou ter participado do processo. Se for considerado o total das famílias que informou conhecer a Saúde da Família, apenas 5% mencionaram ter participado de algum levantamento/avaliação dos problemas de saúde da comunidade.

Apesar desse baixo percentual de respostas, mais da metade das famílias cadastradas (53%) disseram que os profissionais das ESFs conhecem os principais problemas da

comunidade, enquanto somam 16% os que declararam que as ESFs desconhecem os problemas da comunidade.

Quanto aos profissionais das ESFs, a maior parte dos profissionais de nível superior (cerca de 67%) declarou que procura indagar sempre ou na maioria das vezes sobre as condições de vida e/ou fatores de risco social dos usuários dos serviços durante a consulta. Apenas um médico afirmou que nunca pergunta nas consultas sobre as condições de vida dos usuários. Entre os ACS, 65% mencionaram sempre perguntar aos usuários sobre suas condições de vida e/ou fatores de risco social durante o desempenho de suas atividades, enquanto entre os auxiliares/técnicos de enfermagem essa proporção foi de 48%.

Outro aspecto para o desenvolvimento de práticas intersetoriais pelas ESFs diz respeito à capacitação dos profissionais para atuar, tomando em conta a diversidade sociocultural da comunidade. Cerca de metade dos médicos, dos enfermeiros e dos ACS declarou ter recebido capacitação específica para esse tipo de intervenção, enquanto esse percentual entre os auxiliares/técnicos de enfermagem representou apenas 29% dos respondentes.

Um terceiro eixo sobre o qual a pesquisa buscou avaliar as práticas intersetoriais das ESFs está relacionado às ações que desenvolve conjuntamente com outras instituições e organizações sociais, identificando a existência e a frequência dos trabalhos conjuntos, os organismos e os setores envolvidos, assim como a participação dos profissionais das ESFs nessas atividades.

A maioria dos médicos (90%) e enfermeiros (79%) respondeu que poucas vezes (66%) ou nunca (18%) efetua trabalhos em conjunto com outras organizações ou grupos da comunidade para a realização de ações intersetoriais, o que configura a articulação intersetorial ainda como estratégia residual no âmbito das ESFs.

Igualmente, a maioria dos profissionais das ESFs informou que poucas vezes ou nunca realiza trabalhos em conjunto com outras organizações ou grupos da comunidade. Esse percentual é maior entre os médicos (65%, poucas vezes; 25%, nunca) e menor entre os ACS (39%, poucas vezes; 28%, nunca) o que demonstra três tendências centrais: i) as parcerias das ESFs com outros setores para desempenho de trabalho conjunto são ainda residuais; ii) os profissionais médicos são aqueles com maiores dificuldades para o desempenho dessas ações conjuntas; e iii) o trabalho desenvolvido pelos ACS é, dentre

o dos funcionários da ESF, o que mais busca promover a articulação com outras áreas sociais.

A mesma tendência pode ser verificada em relação à participação dos profissionais das ESFs em atividades voltadas para solução/encaminhamento de problemas da comunidade junto de outros órgãos públicos ou entidades da sociedade: 87% dos médicos, 76% dos enfermeiros, 70% dos auxiliares/ técnicos de enfermagem e 66% dos ACS declararam não participar de atividades conjuntas com outros órgãos públicos ou entidades da sociedade (tabela E2).

Os principais órgãos públicos ou entidades da sociedade com os quais a equipe de saúde da família efetiva atividades, citados pelos profissionais das ESFs que realizam atividades conjuntas, foram: a escola, a segurança pública, a limpeza urbana/coleta de lixo e o transporte. No caso da escola, convém destacar que é uma área que se articula tradicionalmente ao setor saúde para o desenvolvimento de ações conjuntas. Em relação aos outros setores, vale mencionar que estão compatíveis com as demandas apresentadas pelas famílias entrevistadas.

Também em relação às organizações da sociedade civil, os profissionais de nível superior das ESFs declararam, em sua maioria, que poucas vezes ou nunca executam ações na sua área de atuação em parceria ou com participação informal de ONGs, associações, conselhos, igrejas e movimentos sociais (86% entre os médicos e 83% entre os enfermeiros).

Já entre os ACS e auxiliares/ técnicos de enfermagem, as respostas foram mais positivas: 46% dos ACS e 38% dos auxiliares/técnicos de enfermagem informaram que sempre ou na maioria das vezes desenvolvem ações em parceria com organizações da sociedade civil, ao passo que 32% dos ACS e 39% dos auxiliares/ técnicos de enfermagem declararam que poucas vezes desempenham essas atividades.

Ainda é incipiente a prática de os ACS convidarem a comunidade a participar de reuniões ou de atividades relativas a problemas no bairro, haja vista que 77% das famílias cadastradas afirmaram não ter recebido tal convite dos ACS. Da mesma forma, apenas 31% das famílias comentaram ter conhecimento da organização de reuniões pelas ESFs com a comunidade para discutir os problemas do bairro. Dessas, apenas 27% (ou 8% do total de famílias que informaram conhecer o PSF) afirmaram participar das reuniões.

Os principais tipos de problemas do bairro/comunidade abordados nessas reuniões e apontados pelas famílias participantes foram bem diversificados: questões relacionadas à saúde em geral (12% das menções), posto de saúde (11%), segurança pública e urbanismo (7% cada), acompanhadas de escola, esgotamento sanitário e ações de educação em saúde (6% cada item).

Em certo sentido, essas questões estão relacionadas aos principais problemas do bairro identificados pela maior parte das famílias cadastradas entrevistadas. A maior parte dos respondentes assinalou a falta de segurança/violência (55%), a ausência de áreas de lazer – praças, jardim, quadras (21%), a falta de emprego na comunidade (10%), a falta/insuficiência de serviços de saúde (8%) e a ausência de esgotamento sanitário (7,4%).

Também se buscou conhecer a avaliação dos profissionais de nível superior das ESFs sobre o desempenho das equipes com relação à atuação intersetorial. A maior parte dos médicos e enfermeiros julgou insatisfatórias ou muito insatisfatórias tanto a articulação com outros setores sociais atuantes na área de abrangência das ESFs para enfrentamento de problemas identificados (72%) quanto a capacidade de mediação de ações intersetoriais por parte das equipes para enfrentar problemas da comunidade (70%).

Outro eixo relacionado à intersetorialidade que a pesquisa buscou focar diz respeito à participação social, entendida como requisito e, igualmente, expressão da ação comunitária e da intersetorialidade desenvolvida pela Estratégia Saúde da Família. O foco recaiu na perspectiva de gestores, profissionais e famílias cadastradas sobre a participação da comunidade na definição e no acompanhamento das ações intersetoriais desenvolvidas pelo município.

Buscou-se conhecer também a participação dos próprios profissionais das ESFs em fóruns colegiados de políticas de saúde e, sobretudo, nos conselhos locais. O pressuposto é que profissionais de saúde participativos têm preocupações mais gerais e tendem a desempenhar ações comunitárias com mais frequência. Ao mesmo tempo, a existência e o funcionamento do Conselho Local de Saúde tende a viabilizar a participação social e fomentar a discussão de problemas no território.

Os gestores destacaram as experiências do Orçamento Participativo (OP) de Belo Horizonte e do programa BH Cidadania como as que mais fomentam a participação da população. No caso do OP foi destacada a perspectiva de discussão conjunta em torno

dos problemas da cidade como um todo, haja vista que possibilita o debate global acerca das demandas dos cidadãos, das mudanças dos equipamentos públicos já existentes e do reordenamento territorial, como destacou o secretário Municipal de Educação.

Já em relação ao BH Cidadania foi salientada a existência de grupos de referência compostos por lideranças comunitárias, que participam nas definições das prioridades a serem atendidas pelo programa.

No caso do Programa Bolsa Família foi apontado que, apesar da existência de um conselho de controle social composto por representantes das políticas sociais e de ONGs, a atuação do Conselho encontra-se ainda muito aquém do que os gestores gostariam enquanto controle social.

Nas perguntas formuladas aos profissionais das ESFs sobre as ações comunitárias desenvolvidas no âmbito da Estratégia Saúde da Família, foi possível observar que, em geral, as avaliações dos profissionais apontaram para uma atuação ainda frágil. No que se refere ao grau de participação das lideranças comunitárias no levantamento de informações sobre as condições de vida e de saúde da comunidade, a maior parte dos médicos (cerca de 70%), dos enfermeiros (67%), dos auxiliares de enfermagem (47%) e dos ACS (60%) avaliou-a como fraca ou inexistente.

Também em relação à frequência de iniciativas conjuntas entre as equipes e a população voltadas para o desenvolvimento comunitário, a maior parte dos médicos (72%), dos enfermeiros (75%), dos auxiliares de enfermagem (47%) e dos ACS (60%) declarou que essas iniciativas ocorrem poucas vezes ou nunca.

Para as famílias cadastradas foi perguntada a frequência da participação dos membros familiares em reuniões ou atividades comunitárias e/ou coletivas. A maioria dos entrevistados (acima de 80%) declarou não participar de nenhum dos grupos/organizações listados, à exceção dos grupos religiosos, cuja participação foi mencionada por 57% dos respondentes. A segunda maior participação assinalada pelas famílias foi nos grupos de saúde, seguida de perto pelos grupos culturais ou associações esportivas, (com cerca de 11% das famílias cada opção). Ainda que em baixa proporção, a menção à participação em grupos de saúde mostra a importância e o reconhecimento dessa atividade realizada pela maior parte dos profissionais (84% dos enfermeiros e 82% dos médicos).

A participação dos profissionais das ESFs em fóruns coletivos de formulação de políticas também apresentou baixos índices, demonstrando o caráter residual que assume nas atuações das ESFs: apenas 8% dos médicos, 17% dos enfermeiros, 15% de auxiliares de enfermagem e 17% dos ACS declararam tomar parte nesses fóruns. Dentre os mencionados, os que apresentaram maiores índices de participação dos profissionais das ESFs foram: para os profissionais de nível superior, os fóruns intersetoriais, o Conselho Municipal de Saúde e a Conferência Municipal de Saúde; entre os ACS, os fóruns mais assinalados foram a Conferência Municipal de Saúde, o Conselho Distrital, o Conselho Municipal de Saúde e as Plenárias de Conselheiros de Saúde; enquanto os auxiliares de enfermagem indicaram o Conselho Distrital de Saúde e as Plenárias de Conselheiros de Saúde, o Conselho Municipal de Saúde e a Conferência Municipal de Saúde.

Em relação especificamente ao Conselho Municipal de Saúde, foi perguntado às famílias cadastradas se tinham conhecimento dessa instância e, em caso positivo, se dela participavam. A maioria dos respondentes (70%) informou não conhecer ou ter ouvido falar do Conselho Municipal de Saúde e, entre os que afirmaram conhecer o Conselho Municipal de Saúde, apenas 5% mencionaram participar desse fórum.

Um ponto que merece destaque diz respeito aos Conselhos Locais de Saúde. Em Belo Horizonte foi possível observar a expressividade desses fóruns enquanto espaços coletivos de discussão conjunta e de participação das ESFs: a quase totalidade dos profissionais (índices sempre superiores a 90%) confirmou a existência desse fórum na sua área de abrangência. Também a maioria de médicos (54,5%), enfermeiros (68%) e auxiliares de enfermagem (69%) declarou participar do Conselho Local de Saúde como membro efetivo. Entre os ACS, os que informaram participar sempre ou de forma ocasional desse fórum somaram 68% dos respondentes.

Já entre as famílias cadastradas, apenas 16% declararam conhecer o Conselho Local de Saúde. Dessas, 83% disseram não participar.

ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS E DOS GRUPOS PRIORITÁRIOS NA EXPERIÊNCIA DAS FAMÍLIAS

Acompanhamento das famílias pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Entre as 900 famílias pesquisadas em Belo Horizonte, 645 (72%) informaram conhecer o Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável por sua área de moradia. Computando-se as 711 famílias com experiência de atendimento pela Estratégia Saúde da Família, esse número significa que 91% delas conheciam o ACS de sua área. Já haviam sido atendidas ou visitadas por ele 631 famílias, isto é, 70% do total de famílias pesquisadas e 98% dos entrevistados que afirmaram conhecê-lo.

Apenas os informantes que já tinham a experiência de atendimento ou de visita do ACS (631) avaliaram o acompanhamento que estes realizaram. Um pouco mais da metade das famílias (54%) informaram que o de sua área de moradia visita o domicílio, no mínimo, uma vez por mês. Porém, 25% dos entrevistados afirmaram não receber visitas regularmente.

Foram pesquisadas 14 atividades dos ACS durante as visitas domiciliares, cinco das quais tidas como orientações gerais e as demais, relacionadas com grupos específicos: saúde infantil (3), portadores de doenças crônicas (1), gestantes (1), idosos (1) e moradores que precisaram de assistência de saúde (3).

Os 631 entrevistados que informaram ter sido atendidos ou visitados pelo ACS da área de moradia, assinalaram que, nos últimos 12 meses, esses profissionais, durante a visita domiciliar, realizaram os seguintes tipos de cuidados de ordem geral (em ordem decrescente): 82% perguntaram sobre problemas de saúde dos moradores; 66% forneceram orientações sobre prevenção da dengue; 53% deram orientações relacionadas com a saúde das mulheres e 51% sobre comportamentos saudáveis. No entanto, em apenas pouco mais de um terço dos domicílios (33%) visitados pelos ACS nos últimos 12 meses foram dadas orientações sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Aids.

Entre as 487 famílias com integrante que precisou de assistência médica, os ACS lembraram a data de consultas marcadas para algum membro da família em 74% das visitas, enquanto que em 68% forneceram alguma informação relacionada com o encaminhamento para serviços de saúde e em 55% efetuaram a busca dos faltosos às consultas agendadas.

O acompanhamento dos portadores de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, foi realizado pelos ACS em 71% das visitas nos últimos 12 meses em domicílios com integrantes portadores dessas patologias (375). Em 64% dos domicílios com crianças

(207), os ACS verificaram o cartão de vacinação; em 49%, eles deram orientações sobre cuidados de saúde infantil; e em somente 37% fizeram o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento das crianças.

Cerca de 60% das famílias com gestantes (59) informaram que os ACS realizaram o encaminhamento ao pré-natal durante as visitas domiciliares, porém apenas 40% das famílias com idosos (217) receberam orientações dos ACS sobre como cuidá-los.

Poucos entrevistados relataram que tivessem sido (ou alguém de sua família) convidados pelo ACS, nos últimos 12 meses, a participar de atividades em grupo: 235 famílias, 37% das 631 que foram atendidas ou visitadas pelo ACS de sua área de moradia e 26% do total de famílias pesquisadas. Entre as atividades de grupo mais frequentes para as quais as 235 famílias foram convidadas pelo ACS a participar estavam as relacionadas com: hipertensos (70%), diabéticos (14%), caminhadas e exercícios físicos (12%) e saúde da mulher (planejamento familiar) (8%).

Portadores de doenças crônicas

Entre as 900 famílias cadastradas no PSF e entrevistadas em Belo Horizonte, metade informou a existência de portadores de doenças crônicas. Entre estas, as mais frequentes foram: hipertensão arterial (51%), diabetes (15%), obesidade (10%), doença mental (9%) e deficiência física (5%).

Acompanhamento de portadores de hipertensão arterial

Em Belo Horizonte, 462 famílias, em torno de 51% das pesquisadas no município, informaram a existência de um integrante com hipertensão arterial, totalizando 587 hipertensos ou 17% dos moradores. Cerca de 3% das famílias comunicaram a existência de hipertensos sem qualquer acompanhamento. Noventa e três por cento dos portadores de hipertensão (544) estavam sob acompanhamento de saúde, a maior parte dos quais (70%) pela equipe de Saúde da Família e 19% em unidades de saúde privadas.

Os portadores de hipertensão arterial sob acompanhamento em qualquer serviço de saúde, na maioria das vezes, tinham consultas marcadas previamente (89%). Apenas 24% dos hipertensos eram acompanhados, no mínimo, uma vez por mês. Os 382 hipertensos sob acompanhamento pela Equipe de Saúde da Família (ESF) eram atendidos com mais frequência pelo médico (82%) e pelo enfermeiro (13%).

Os informantes portadores de hipertensão arterial sob acompanhamento da ESF (256) avaliaram o atendimento prestado pela equipe. Em torno de 40% dos entrevistados hipertensos comunicaram receber orientações individuais da ESF a cada dois ou três meses e cerca de um terço informou receber esse tipo de orientação, no mínimo, uma vez por mês (34%). A maior parte (58%) nunca frequentou grupos de hipertensos coordenados pela ESF, nunca recebeu consulta de enfermagem (49%) e nunca participou de atividades promovidas pela ESF, tais como caminhadas, terapias ocupacionais etc. (90%).

Trinta e seis por cento dos hipertensos entrevistados informaram receber consulta de enfermagem – mensalmente (16%) ou a cada dois ou três meses (20%). A maioria recebe mensalmente remédios (75%) e metade faz consulta médica a cada dois ou três meses (50%).

O acompanhamento dos portadores de hipertensão arterial realizado pela ESF em Belo Horizonte caracteriza-se por: fornecer orientações individuais, pelo menos, a cada três meses; fornecer mensalmente os medicamentos; e, ofertar consultas médicas trimestralmente. Nessa cidade, no caso dos hipertensos, a participação em grupos, as consultas de enfermagem e as atividades de promoção de saúde não parecem ser priorizadas.

Acompanhamento de portadores de diabetes

Em Belo Horizonte foram encontradas 136 famílias (15% dentre as pesquisadas) que tinham um integrante portador de diabetes, totalizando 154 (4%) moradores diabéticos. Sete famílias informaram a existência de diabéticos sem qualquer acompanhamento.

Noventa e três por cento dos diabéticos encontravam-se sob acompanhamento de saúde. Dentre estes, sessenta por cento (85) dos 144 portadores de diabetes em tratamento eram acompanhados pela ESF e 27%, em unidades de saúde privadas.

O acompanhamento dos portadores de diabetes, em qualquer serviço de saúde, era realizado com agendamento das consultas (89%). A maior parte (38%) era atendida a cada três meses, mas 25% eram acompanhados, no mínimo, uma vez por mês.

Os 85 diabéticos sob acompanhamento pela ESF eram atendidos mais frequentemente pelo médico (87%) e pelo enfermeiro (12%). A avaliação do atendimento prestado pela ESF fornecida apenas pelos informantes portadores de diabetes sob acompanhamento da equipe (70), identificou que a maioria recebe orientações individuais da ESF, no

mínimo, mensalmente (41%) e a cada 2 ou 3 meses (39%). Mais da metade (54%) nunca participaram de grupos de diabéticos coordenados pela ESF. Apenas 23% dos diabéticos integravam atividades de grupo com intervalos de até três meses.

Os medicamentos são fornecidos pela ESF a 73% dos diabéticos entrevistados, no mínimo, uma vez por mês. As consultas médicas são efetuadas a cada dois ou três meses (53%) e em 26% dos casos, no mínimo, mensalmente. Em relação às consultas de enfermagem aos diabéticos entrevistados sob acompanhamento da equipe de Saúde da Família, verifica-se a existência de dois grupos de frequência: enquanto 44% nunca receberam esse tipo de consulta, 39% receberam ou, no mínimo, uma vez por mês (20%) ou a cada dois ou três meses (19%). A maioria (86%) dos entrevistados portadores de diabetes jamais participou de atividades promovidas pela ESF, como, por exemplo, caminhadas, terapias ocupacionais etc.

O acompanhamento desenvolvido pela ESF dos portadores de diabetes em Belo Horizonte concentra-se na oferta trimestral de orientações individuais e de consultas médicas, e no fornecimento mensal de medicamentos. Entretanto, é baixa a participação dos diabéticos em atividades de grupo, na obtenção de consultas de enfermagem e na participação em atividades de promoção de saúde.

Acompanhamento pré-natal

A atividade de acompanhamento pré-natal foi pesquisada entre as 83 mulheres grávidas no momento da pesquisa ou as mães de crianças menores de 2 anos integrantes de 80 (9%) das famílias cadastradas pesquisadas em Belo Horizonte. Todas as grávidas realizavam ou tinham realizado o acompanhamento pré-natal, das quais 98% receberam o cartão de acompanhamento pré-natal e a maior parte (80%) iniciou o acompanhamento no primeiro trimestre.

Cerca de 70% das gestantes pesquisadas realizavam ou tinham realizado o acompanhamento pré-natal com a ESF e 19% em unidades de saúde privadas. As consultas eram, em 97% dos casos, previamente marcadas e o acompanhamento, no mínimo, mensalmente (96%).

O acompanhamento pré-natal das 57 gestantes atendidas no Posto ou Unidade de Saúde da Família (USF) era ou havia sido feito pelo médico (79%) e pelo enfermeiro (14%).

A avaliação do atendimento prestado pela ESF no acompanhamento pré-natal foi feita por informantes grávidas ou pelas mães de criança menor de dois anos de idade, que

totalizaram 47 entrevistadas. Elas indicaram receber orientações individuais, no mínimo, mensais (92%); nunca terem participado de grupos de gestantes orientados pela ESF (89%); receberem medicamentos mensalmente (67%); e, terem consultas médicas, no mínimo, uma vez por mês (79%).

Quanto à consulta de enfermagem observaram-se dois grupos de frequência: 40% informaram receber, no mínimo, uma vez por mês e 38% afirmaram nunca ter recebido esse tipo de consulta. A maioria (96%) afirmou nunca ter participado de atividades promovidas pela ESF, tais como caminhadas, terapias ocupacionais etc., e de atividades de grupo (89%).

O acompanhamento pré-natal realizado pelas ESFs em Belo Horizonte tem frequência média mensal, ofertando a altos percentuais de gestantes todas as atividades de atenção à saúde individual (consulta médica, orientações e fornecimento de medicamentos). No entanto, não oferece, com frequência, atividades coletivas, como grupos de gestantes e outras atividades de promoção à saúde e sociais, e a cobertura de consultas de enfermagem é baixa (40%).

Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil

Em apenas 67 famílias pesquisadas em Belo Horizonte (7%) existiam crianças menores de 2 anos, computando-se que as crianças não tinham qualquer acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento em treze dessas famílias (28%). As 57 crianças nessa faixa etária com acompanhamento, realizavam-no predominantemente no Posto ou Unidade de Saúde da Família (79%), e cerca de 15% eram atendidos em unidades de saúde particulares.

O acompanhamento era feito com agendamento de consulta (100%) e com frequência mínima mensal em 72% dessas crianças.

As 45 crianças acompanhadas pela ESF eram atendidas pelo médico (49%) e por outros profissionais não especificados (49%). Noventa e seis por cento dessas crianças tinham o cartão de vacinação e de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

Acompanhamento de idosos ou doentes permanentemente acamados

Entre as 900 famílias pesquisadas em Belo Horizonte, 41 (5%) informaram a existência de idoso ou doente permanentemente acamado. Entre essas, apenas um terço (14) recebia atendimento domiciliar feito por diversos profissionais da equipe de Saúde da

Família: médico (64%), enfermeiro (64%), ACS (57%) e auxiliar de enfermagem (29%). Em duas famílias, o atendimento era efetuado também pelo fisioterapeuta e uma família, ao menos, mencionou médico, enfermeira e nutricionista particulares ou de plano privado de saúde como responsáveis pelo atendimento domiciliar.

A maior parte dos idosos e doentes permanentemente acamados, que eram acompanhados (57%), recebia atendimento domiciliar com frequência mínima mensal, ou seja, um quinto (19%) dos acamados recebia atendimento domiciliar mensal.

Em síntese, em Belo Horizonte, mais de 85% e até 100% das situações de vida e das condições de saúde pesquisadas são acompanhadas por algum serviço ou profissional de saúde, exceto no caso de idosos ou doentes permanentemente acamados, em que esse percentual é pouco maior que um terço. As equipes de Saúde da Família são responsáveis pelo acompanhamento de 60% dos portadores de diabetes, 69% dos hipertensos e das gestantes e 79% das crianças menores de 2 anos.

O Posto ou Unidade de Saúde da Família (USF) do SUS em Belo Horizonte é o local de acompanhamento de 65% dos portadores de hipertensão arterial, de 55% dos portadores de diabetes e de 69% do total de gestantes das famílias cadastradas. Ressalte-se a existência de 43 hipertensos (7%), 10 diabéticos (7%) e 28% das famílias com crianças menores de 2 anos em que estas não tinham acompanhamento.

Entre os portadores que **estão em acompanhamento de saúde**, o Posto ou Unidade de Saúde da Família (USF) do SUS é o local de tratamento de 59% dos diabéticos, 69% das gestantes, 70% dos hipertensos e 79% das crianças com até 2 anos de idade que estão em acompanhamento. Do conjunto de pessoas que estava sob acompanhamento por determinada condição de saúde ou de vida, os serviços privados (consultório de clínica ou ambulatório de hospital privado e consultório privado) foram assinalados como locais de acompanhamento de 19% dos portadores de hipertensão arterial, 27% dos portadores de diabetes, 19% das gestantes e 16% das crianças até 2 anos de idade.

Para todos os grupos pesquisados – portadores de patologias e em determinadas condições de vida, como gestantes e crianças menores de 2 anos –, em 89% dos casos ou mais as consultas são feitas com agendamento prévio. Os hipertensos (82%), diabéticos (87%) e gestantes (79%) são acompanhados pelo médico da ESF, enquanto apenas metade das crianças menores de 2 anos é acompanhada por esse tipo de profissional.

Em Belo Horizonte, somente o grupo de gestantes é acompanhado com frequência mínima mensal por qualquer serviço ou profissional de saúde. Essa frequência de acompanhamento é ofertada para 72% das crianças com até 2 anos de idade e para apenas um quarto dos hipertensos e diabéticos.

O acompanhamento realizado pela ESF com frequência mínima mensal está concentrado na distribuição de medicamentos (75% dos hipertensos e 73% dos diabéticos) e em orientações individuais (34% dos hipertensos e 41% dos diabéticos). O grupo das gestantes acompanhados pela ESF recebe, pelo menos uma vez por mês, orientações individuais (92%), medicamentos (67%) e consulta médica (79%).

Em todas as condições de saúde e de vida pesquisadas é reduzida a oferta de atividades em grupo (entre 10 e 24% dos entrevistados na condição pesquisada afirmaram participar desse tipo de atividade com frequência de até a cada três meses), e atividades de promoção de saúde e sociais (resposta afirmativa de 4 a 7% dos entrevistados na condição pesquisada).

AVALIAÇÃO DAS FAMÍLIAS

Para conhecer a avaliação das famílias cadastradas sobre suas experiências de atendimento e de atuação das equipes de Saúde da Família, foram investigados aspectos da satisfação dos usuários em cuidado recente (nos últimos 30 dias) e em experiências de atendimento nos últimos doze meses em relação a: acesso, respeito, resolutividade, disponibilidade de medicamentos e de equipamentos, condições de infraestrutura e alguns serviços utilizados.

A atuação do ACS de sua área de moradia foi avaliada quanto ao conhecimento dos problemas, relacionamento, comunicação e avaliação geral das visitas domiciliares.

Foi solicitado também às famílias que apontassem mudanças percebidas após a implantação da Estratégia Saúde da Família e comparassem a atuação das ESFs com serviços de saúde anteriormente existentes em seu bairro.

Ao final da entrevista foi indagado sobre o grau de satisfação com a Estratégia Saúde da Família e solicitado que os usuários opinassem livremente quanto a queixas e a aspectos positivos, bem como indicassem suas principais sugestões.

Avaliação do atendimento do profissional da ESF nos últimos 30 dias

Cerca de 30% dos entrevistados foram atendidos nos 30 dias anteriores à pesquisa. Entre estes, a maior parte (77%) conhecia anteriormente o profissional de saúde que lhes prestara o último atendimento durante os últimos 30 dias. A avaliação dos entrevistados acerca do último atendimento foi positiva: o profissional foi considerado atencioso (97%), forneceu informações sobre seu estado de saúde (88%) e demonstrou ter conhecimento para resolver o seu problema de saúde (90%).

Avaliação das Famílias sobre o ACS de sua área

A maior parte das famílias entrevistadas (70%) conhecia o ACS da sua área de moradia e avaliou positivamente suas atividades. Entre estas, 78% das famílias opinaram que os ACS conhecem os problemas de saúde da sua família; 70%, que os ACS conhecem os problemas de saúde da comunidade; 95%, que os ACS estabelecem bom relacionamento com as pessoas acompanhadas; 82%, que orientam a respeito de cuidados de saúde; e 81% das famílias compreendem tais orientações. As visitas domiciliares foram consideradas um ponto positivo, avaliadas como muito boa ou boa para 84% dos entrevistados que conheciam o ACS.

Avaliação do último atendimento nos últimos doze meses

Nos doze meses anteriores à pesquisa, 68% dos entrevistados (484) foram atendidos no Posto/Unidade de Saúde da Família. Perguntou-se a estas famílias sua avaliação sobre o último atendimento nos últimos 12 meses no Posto/Unidade de Saúde da Família. A maioria das famílias considera muito boa ou boa a clareza nas explicações do profissional de saúde (93%), competência e habilidade do profissional de saúde (89%), o respeito na maneira de recebê-lo e tratá-lo (87%). Os aspectos pior avaliados foram as esperas: 48% consideram ruim ou muito ruim o tempo de espera até ser atendido e 28% consideram ruim ou muito ruim a pontualidade dos profissionais. Um quarto dos entrevistados considerou ruim ou muito ruim o espaço disponível das salas de espera e de atendimento.

Apresentou-se aos entrevistados uma lista de serviços e solicitou-se àqueles com alguma experiência de atendimento na USF nos últimos doze meses que avaliassem apenas os serviços que já tinham utilizado. Dos entrevistados que utilizaram os serviços ou atividades nas Unidades de Saúde da Família, mais de 90% consideram bom ou muito bom o atendimento médico, o atendimento de enfermagem, os serviços de laboratório, vacinação e preventivo. Já 57% das famílias, avaliaram como ruim ou muito ruim conseguir consulta sem marcar, 39% consideram ruim ou muito ruim

conseguir marcar consulta com dentista e 35% consideram ruim ou muito ruim conseguir marcar consulta médica, ainda que 65% tenham avaliado este aspecto positivamente.

Avaliação geral da Estratégia Saúde da Família pelas famílias

Foi solicitado às famílias que expressassem o grau de satisfação geral com a Estratégia Saúde da Família em Belo Horizonte e 63% das famílias cadastradas indicaram que estão satisfeitas com a Estratégia Saúde da Família. Dez por cento estão insatisfeitas.

Na opinião das famílias, as condições de saúde no bairro (72%) e as da família (63%) melhoraram após implantação da Estratégia em Belo Horizonte. Diminuiu a procura por hospitais e especialistas (52%) e por serviços de urgência (48%),

As 180 famílias cadastradas, que disseram ser atendidas com frequência no posto ou no centro de saúde do bairro antes da criação da Unidade Saúde da Família, avaliaram o atendimento prestado pela Estratégia em comparação à experiência prévia de atendimento no posto/centro de saúde existente. Nessa avaliação comparativa com a implantação da ESF no bairro, as famílias apontaram melhora: nas condições de dar bom atendimento (72%); no atendimento em caso de doença (69% das famílias); no conhecimento dos problemas da comunidade (69%); na facilidade de marcar consultas (67%); na participação nas atividades do bairro (66%); no conhecimento técnico para resolver os problemas de saúde (63%); e na facilidade de obtenção de medicamentos (58%). Ainda que em baixa proporção, a facilidade de consultar sem marcar foi o aspecto pior avaliado: 22% informaram ter piorado.

Foi solicitado que as famílias apontassem livremente o que não gostam na Estratégia Saúde da Família e 20% informaram não ter qualquer queixa. Cerca da metade dos entrevistados indicou algum aspecto que não gosta. As principais queixas mencionadas foram quanto à demora nos atendimentos (12%), carência de profissionais (12%), demora para atendimento especializado (9%), problemas com os profissionais de saúde (8%), falta de medicamentos (8%), demora para marcação de consultas (7%). A queixa mais geral – o termo mais mencionado – foi **demora** das mais diversas ordens (tabela R11).

Dois terços das famílias indicaram o que mais as agrada na Estratégia Saúde da Família em Belo Horizonte: 14% destacaram os profissionais atenciosos e o atendimento médico como pontos positivos, 12% citaram a rapidez no atendimento e 10%

informaram que o que mais agrada é a visita domiciliar.

Na opinião de 61% das famílias, a Estratégia Saúde da Família deve mudar alguma coisa: 28% sugeriram a contratação de médicos especialistas para as ESFs; 12% apontam a necessidade de maior agilidade no atendimento; 11% indicam que é preciso maior agilidade para marcação e realização de exames; e 10%, maior agilidade para consultas com especialistas. A facilitação do acesso sugerida é concernente com a reclamação mais frequente de demoras nos atendimentos.

Um terço das famílias cadastradas (37%) considerou que a Estratégia Saúde da Família deve oferecer outras atividades além das que já oferta. Entre estas, as principais sugestões de atividades a serem ofertadas foram: ações de promoção à saúde (43%); atendimento de outros profissionais (14%); atividades para idosos (7%) e para a juventude (7%); e atendimento especializado (7%).

As atividades de promoção da saúde sugeridas foram principalmente atividades físicas, tais como ginástica, alongamento, caminhadas, dança, hidroginástica, esporte e atividades de grupos. Entre os atendimentos de outros profissionais, as principais sugestões foram de fisioterapia e nutrição.

FATORES FACILITADORES E LIMITANTES DA IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A INTEGRAÇÃO À REDE ASSISTENCIAL, A COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS E A ATUAÇÃO INTERSETORIAL

A discussão articulada dos resultados da pesquisa desde a perspectiva dos gestores, dos profissionais das ESFs e das famílias permite identificar uma série de fatores limitantes e facilitadores da consolidação da Estratégia Saúde da Família para a formulação de recomendações mais gerais. Alguns desses fatores são listados a seguir.

Entre os fatores que facilitam a consolidação da Estratégia Saúde da Família no contexto político institucional destacam-se: a continuidade de mandatos de gestores municipais engajados no desenvolvimento de políticas públicas de corte social, a prioridade para a saúde conferida pelo Executivo municipal e o legado institucional.

A decisão política firme e perseverante do Executivo municipal, não apenas da secretaria municipal de saúde, de opção pela Estratégia Saúde da Família para fortalecer

a atenção básica no sistema de saúde municipal foi importante para a expansão e permitiu a implantação rápida e em larga escala.

O legado institucional conta a favor da implementação da Estratégia Saúde da Família como centro ordenador e integrador da rede de serviços de saúde. O processo de aprendizado institucional proporcionado pela experiência na gestão do sistema produz acúmulos institucionais de tradição e de disponibilidade da oferta de serviços de saúde e de capacidade técnica gerencial. Belo Horizonte fora habilitado como gestor semipleno pela NOB/SUS/93 e posteriormente como gestor pleno do sistema de saúde pela NOB/SUS/96, o que exigiu precocemente do município a condução da gestão do sistema nos diferentes níveis de complexidade, proporcionando maior autonomia na condução de processos articuladores da rede de serviços de saúde.

A experiência anterior da SMSA na regulação da assistência facilita a integração da Saúde da Família à rede assistencial.

A implantação rápida, em dois anos, com alcance de cobertura populacional de cerca de 70% (em cidade de 2,4 milhões de habitantes), e a mudança de modelo em centros de saúde preexistentes implica um momento inicial de desorganização da atenção básica, o que produz instabilidade política com a possibilidade de incorrer em redução da legitimidade dos gestores.

No município de Belo Horizonte, a atenção básica está estruturada em uma rede de centros de saúde que se configuram como porta de entrada preferencial do sistema de saúde municipal, concebendo-se a Estratégia Saúde da Família como o ponto de primeiro contato dos usuários na unidade de saúde. O desenho organizativo da atenção básica que foi adotado em Belo Horizonte manteve os centros de saúde tradicionais, nos quais as ESFs foram integradas. Em áreas de maior vulnerabilidade social, novas unidades de saúde foram construídas para a atuação das ESFs. A Estratégia Saúde da Família foi assumida com a perspectiva de mudança do modelo assistencial na rede básica de saúde.

Um conjunto de ações assistenciais e gerenciais tem sido desenvolvido no município com o sentido da ampliação do acesso e da integração da oferta de serviços nos diferentes níveis de atenção. A preocupação central do SMSA é construir um sistema de serviços de saúde em que a atenção básica tenha a função de porta de entrada preferencial de uma rede integrada de atenção à saúde.

A concepção de modelo assistencial proposto com a implantação de ESFs em centros de saúde que passem por reorganização interna e com reestruturação parcial das UBS, mantendo-se os profissionais médicos das especialidades básicas como apoio às ESF, facilita a constituição da USF como serviço de procura regular.

O estabelecimento de ESF em Centros de Saúde preexistentes condiciona certo desconhecimento das famílias quanto à denominação Saúde da Família para a unidade básica de saúde com equipes de saúde da família que utiliza, identificando-a como posto ou centro de saúde.

Integração

As estratégias para atendimento à demanda espontânea por meio do acolhimento e do atendimento diário, articuladas às ações programáticas da demanda organizada, facilitam a constituição da USF como serviço de procura regular e como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, deslocando a procura dos serviços de emergência e da atenção especializada. O atendimento à demanda espontânea é fator preponderante para o estabelecimento da USF como serviço de procura regular para assistência e prevenção.

A articulação da demanda espontânea com a programada se efetiva não apenas pela definição de horários diários de atendimento, mas na realização das ações programáticas (promocionais e preventivas) em cada contato/atendimento de demanda espontânea e no agendamento rotineiro das ações de acompanhamento.

O desenvolvimento das estratégias de avaliação de riscos nas UPAs com encaminhamento para atendimento na USF dos pacientes de baixo risco (em contexto de USFs, que também atendem demanda espontânea) facilita a conformação da USF como porta de entrada e desafoga as unidades de emergência. O profissional de serviço social pode ser um apoio neste processo.

A articulação com as UPAs para agilizar atendimentos de emergência encaminhados pelas USF e para garantir o retorno ou re-encaminhamento dos usuários das UPAs às suas USFs, facilita a constituição destas como serviço de procura regular.

A disponibilidade de espaço físico adequado para o desenvolvimento de ações específicas dos diversos profissionais e para atividades de grupo incide na qualidade da atenção prestada, na eficiência do uso de recursos, na satisfação dos profissionais com seu trabalho e dos usuários com seu serviço de saúde. A falta de consultórios exclusivos

para enfermeiros pode proporcionar redução na produtividade desses profissionais e de sua participação em ações assistenciais, além das gerenciais.

A constituição de um gerente de unidade básica – profissional de nível superior com função exclusiva – faculta a organização das ações na USF, a garantia de referências e a ação comunitária. A conformação de unidades básicas com implantação de diversas ESFs e a oferta do conjunto de ações de atenção básica exige a definição de profissional para as funções gerenciais.

O acesso a exames de patologia clínica é facilitado pela constituição de postos de coleta de material para exames em todas as USF, pela oferta de laboratório próprio municipal e pela definição de fluxos e de metas de desempenho com instituição de tempos máximos para retorno de resultados dos exames à USF e entrega ao paciente.

A realização dos exames na própria USF contribui para a percepção de resolutividade pelos usuários e facilita a sua conformação como serviço de procura regular.

A ampliação do acesso a apoio diagnóstico (rede laboratorial) e terapêutico (assistência farmacêutica ampliada) acompanhada de qualificação em competências específicas de núcleo possibilita aumentar a resolutividade da Atenção Básica, efetivá-la como serviço de procura regular e reduzir a necessidade de referências para a atenção especializada.

A informatização do sistema de marcação e regulação de consultas e de exames especializados (SISREG) facilita a integração do sistema, ao possibilitar a marcação *on-line* de procedimentos no próprio centro de saúde, o conhecimento das filas de espera e a delimitação de prioridades clínicas.

O estabelecimento de comissões locais de regulação nos centros de saúde, para avaliar as necessidades de encaminhamentos à atenção especializada, contribui para facilitar o acesso, definir prioridades e reduzir filas de espera.

A garantia do agendamento possibilitada pelos sistemas de regulação não é suficiente para assegurar maior agilidade no atendimento. O tempo médio de espera para consultas especializadas de 3 meses e mais foi estimado por 61% dos médicos entrevistados em Belo Horizonte. Uma boa organização da rede não prescinde do equacionamento adequado da oferta.

Estratégias de territorialização para atenção à gestante habilitam a Saúde da Família a garantir a atenção à maternidade e ao parto. Do mesmo modo, estratégias de educação

permanente com uso de tecnologias de informação e comunicação com ferramentas de Tele-Saúde, Telemedicina, Tele-enfermagem têm potencialidade para melhorar a integração da rede, a comunicação entre profissionais dos serviços básicos e especializados, assim como para ampliar a resolutividade dos serviços de atenção primária.

A disponibilidade e a transferência de informações são fundamentais para a coordenação e a regulação da atenção, o que é reconhecido pelos gestores que vêm informatizando as unidades e implantando prontuários eletrônicos. A introdução de prontuários com acesso *on line* e registro por diversos profissionais e serviços contribui para aprimorar a qualidade dos registros bem como a continuidade informacional entre diversos episódios e no acesso do paciente aos vários serviços. Todavia envolve o estabelecimento de infraestrutura computacional, de redes ágeis e de manutenção adequada e permanente.

Os prontuários eletrônicos têm deslocado a organização dos prontuários familiares para fichas individuais, o que pode incidir sobre a atenção dirigida às famílias, reduzindo a compreensão do enfoque familiar da Estratégia Saúde da Família. Ferramentas de informática poderiam ser desenvolvidas para permitir a composição de prontuários eletrônicos familiares a partir das entradas individuais.

A qualificação dos profissionais das ESFs e as estratégias de educação continuada com participação de profissionais dos diversos serviços (ESF, atenção especializada, UPAs) contribuem para aumentar a credibilidade dos profissionais da APS, para superar relações hierárquicas e o isolamento entre atenção básica e especializada.

A construção em conjunto de linhas de cuidado por profissionais da Atenção Básica e especialistas em nível distrital facilita a articulação e a comunicação entre níveis assistenciais, a coordenação dos cuidados e a adesão dos profissionais às diretrizes estabelecidas.

A baixa credibilidade e o reconhecimento dos profissionais de atenção primária é um obstáculo à coordenação dos cuidados por esse nível assistencial. Neste sentido, é recomendável desenvolver, em nível local e nacional, estratégias para dar visibilidade ao trabalho e promover a atuação dos profissionais das ESFs.

O acesso à atenção especializada seria facilitado pela melhor qualificação das demandas para procedimentos especializados por meio de capacitações específicas, definidas com base no monitoramento dos encaminhamentos realizados pelas ESFs.

A coordenação dos cuidados pela ESF nem sempre é reconhecida e carece de maior desenvolvimento. É preciso definir as ações de coordenação como competências e responsabilidades da ESF nos protocolos assistenciais e nas linhas de cuidado.

A oferta insuficiente de serviços públicos próprios e a baixa remuneração da Tabela SUS para parte dos procedimentos dificultam a contratação de serviços em quantidade suficiente e limitam a garantia de serviços de média complexidade.

Um importante desafio à integração da rede e à garantia de acesso à atenção especializada é a fragmentação do sistema decorrente da presença de diferentes prestadores de serviços de saúde contratados, municipais, estaduais e privados. As capitais dispõem de serviços especializados estaduais em seu território, que não foram descentralizados e atendem a população de todo o estado.

A resistência dos prestadores privados contratados pelo SUS à regulação é um entrave para a integração, dificultando a relação e o contato entre profissionais de atenção especializada e primária, bem como o retorno do paciente para acompanhamento longitudinal pela ESF. No contexto de uma rede assistencial organizada, a contratação de serviços privados acarreta novas estratégias de regulação, de modo a garantir a contrarreferência e a comunicação entre profissionais dos diversos serviços sejam públicos ou privados.

A fragmentação entre as redes assistenciais públicas municipal e estadual instaladas nos territórios das capitais contribui para a utilização subotimizada da oferta existente (em parte, insuficiente) no atendimento da população da cidade. Novos mecanismos de articulação, para além da PPI, são necessários para otimizar a integração e a conformação de uma única rede assistencial.

A ausência de políticas para a atenção de média complexidade por parte do Ministério da Saúde é reconhecida pelos gestores municipais como uma das grandes dificuldades para garantia de acesso à atenção especializada no SUS.

Recursos humanos

Na fase de consolidação da Estratégia Saúde da Família, a qualificação dos profissionais sobressai como desafio de peso para a concretização de atenção básica resolutive com necessidade de estratégias de desenvolvimento profissional contínuo, que aprimorem/desenvolvam competências técnicas específicas de cada profissão e competências do ‘campo’ da atenção primária para ações coletivas e atuação comunitária.

O desenvolvimento de cursos de especialização em Saúde da Família pela própria SMSA em parceria com instituições acadêmicas em escala permite a qualificação em serviço e facilita a adequação do perfil profissional para a Estratégia Saúde da Família em curto espaço de tempo.

Estratégias de educação permanente/desenvolvimento profissional contínuo com uso de tecnologias de informação e comunicação (TICs) como a Tele-Saúde (Tele Enfermagem, Tele-Saúde Bucal, Telemedicina) facilitam a qualificação dos profissionais para o exercício de suas funções específicas e para o uso de diretrizes assistenciais, contribuem para a melhora da resolutividade da USF bem como promovem a comunicação entre especialistas e generalistas, facilitando referências e a coordenação dos cuidados pela APS.

Na gestão de recursos humanos para a atenção primária, a contratação por concurso público é estratégia necessária, mas não suficiente, que facilita a fixação de profissionais. É polêmica a contratação dos profissionais das ESFs em regime estatutário apenas por 20 horas com extensão de jornada de trabalho para as outras 20 horas, sem agregar todos os direitos trabalhistas, como aqueles relativos à aposentadoria.

A possibilidade de vínculo adicional na SMSA para realização de plantão em serviços de pronto-atendimento/urgência pelos profissionais médicos facilita a fixação dos profissionais (ao proporcionar ganhos salariais e diversificação de ações assistenciais) e pode proporcionar melhora da articulação entre serviços de emergência e de atenção básica (experiências europeias indicam melhora de atendimento nas emergências com a contratação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade).

O estabelecimento de incentivos/complementação salarial para os profissionais das USFs, escalonados segundo critérios de risco e de vulnerabilidade das comunidades atendidas, facilita a fixação de profissionais em áreas desfavorecidas, ainda que isso não

bastar. Outras intervenções de caráter gerencial da USF com boa organização e dependências físicas confortáveis e limpas são essenciais para a fixação de profissionais nessas áreas.

A análise dos resultados da pesquisa no processo de implementação da Estratégia Saúde da Família em Belo Horizonte aponta para os seguintes pontos, que devem ser valorizados e destacados no que se refere à gestão dos seus recursos humanos:

i) A centralidade da gestão do trabalho e o investimento nos processos de qualificação, como prioridades da gestão; ii) As estratégias de educação permanente que privilegiam o espaço de trabalho como espaço de aprendizagem; iii) A existência de um quadro permanente de profissionais selecionados através de concurso público; iv) A implantação de um sistema de remuneração diferenciado, de forma a incentivar e, ao mesmo tempo, remunerar o exercício profissional em locais de grande vulnerabilidade.

Entre os nós críticos identificados na gestão de RH e que merecem reflexão mais aprofundada sobre estratégias de enfrentamento estão: o fortalecimento e a ampliação da capacitação dos ACS e dos técnicos e auxiliares de enfermagem; a introdução de um sistema com abordagem pedagógica de supervisão e acompanhamento do desempenho dos profissionais e das equipes, permitindo a ponderação sobre o processo de trabalho e possibilitando a sua revisão.

Intersetorialidade

Os Conselhos Locais de Saúde são espaços coletivos de discussão conjunta em nível local que facilitam o envolvimento dos profissionais na ação comunitária; contudo, a participação da população deveria ser mais incentivada e, nessa ação, os ACSs poderiam ser importantes agentes.

A presença de políticas municipais integradas, de abrangência municipal, com a constituição de câmaras intersetoriais permanentes de políticas públicas mediante a participação das diversas secretarias, torna mais acessível a atuação intersetorial. Iniciativas de atuação intersetorial que respondem a uma política municipal e à modalidade integrada de atuação governamental são mais abrangentes e diversificadas do que aquelas relacionadas a projetos específicos ou emergenciais. A constituição de fóruns intersetoriais regionais facilita a ação e a articulação da saúde nessas ações.

Há limites na atuação intersetorial das ESFs, e a articulação intersetorial deve ser estratégia estruturante da política municipal. A extensão na qual o setor saúde toma a

iniciativa e lidera a intervenção intersetorial para promover a equidade em saúde depende do tipo de problema a enfrentar (WHO/PHAC, 2008).

O setor saúde deveria tomar a dianteira, quando dispuser de conhecimentos e de experiência, como no caso da prevenção de doenças específicas e da melhoria de acesso à atenção à saúde. Quando a iniciativa envolve problemas sobre os quais o setor saúde dispõe do conhecimento de medidas efetivas, mas não controla os meios para realizá-las, este deve tomar a liderança para promover tais estratégias em estreita cooperação com outros setores. Todavia, quando a iniciativa se dirige a determinantes sociais mais gerais, como a pobreza, por exemplo, o setor saúde deve ser um parceiro, pois não controla os meios para a ação (WHO/PHAC, 2008).

O reconhecimento de que a ação intersetorial deve ser política de governo não reduz a importância da ação comunitária local da ESF.

Chama a atenção que parte das famílias cadastradas desconhecia o ACS e não fora visitada por ele. Nesse sentido, é recomendável monitorar a realização de visitas pelos ACS e estabelecer rotinas diferenciadas de visita conforme risco dos territórios/estrato social, presença de agravos crônicos etc.

O território local é a base das iniciativas de articulação intersetorial, e as ESFs têm importante papel na identificação de situações de risco social e de saúde, além do potencial de consolidação das redes locais de serviços sociais.

A ação comunitária da ESF requer a constituição de redes de serviços sociais em nível local, de modo que o acesso à USF facilite o acesso a outros serviços sociais, como ocorre no Programa Bolsa Família em BH, que articula os setores de saúde, educação e assistência social em nível local.

O excesso de demandas assistenciais individuais, que consomem o tempo dos profissionais, e a sua insuficiente capacitação para a ação comunitária destacam-se como fatores limitantes para a atuação e a mediação de ações intersetoriais pelas ESFs.

O agente comunitário de saúde é o facilitador para a identificação de problemas coletivos e a mobilização comunitária.

O desenvolvimento da ação comunitária poderia ser fortalecido. Constata-se certo descompasso entre os avanços da integração da rede assistencial e a incipiência da ação intersetorial local promovida pela ESF. Ocorreria um *trade off*? Nos grandes centros

urbanos, os esforços necessários para a oportuna garantia de acesso à atenção à saúde de qualidade, com a organização de um sistema municipal complexo, esgotariam as possibilidades de investir na articulação intersetorial como iniciativa da SMSA e das ESFs?

A implementação da estratégia de atenção primária integral implica a resposta aos problemas de saúde menos frequentes com a constituição da porta de entrada preferencial em serviços de atenção básica e a coordenação dos cuidados nos demais níveis de atenção. Nesse sentido, os esforços dos gestores e os resultados encontrados na integração da Saúde da Família à rede assistencial apontam para a potencialidade da Saúde Família como estratégia de atenção primária integral. Esta perspectiva, contudo, deve ser monitorada e outras investigações desenvolvidas, considerando as diversas dimensões da integração e a perspectiva dos usuários.

A priorização da Atenção Básica dentro do SUS buscou responder aos compromissos do sistema de saúde de prover serviços básicos de saúde e outras ações coletivas de forma descentralizada. Os resultados mostram que ainda é imperativo avançar nas promessas de integralidade por meio da necessária desmercantilização dos níveis de atenção mais complexos ou, no mínimo, de certo equilíbrio nas relações entre o mercado e a esfera pública na provisão dessas ações ao conjunto da população (Carvalho, 2004).

Por fim, uma questão a ser enfrentada pela Estratégia da Saúde da Família nos grandes centros, em que há elevada cobertura, diz respeito a reverter o afastamento da classe média dos serviços públicos de saúde. A ampliação da regulamentação dos seguros privados de saúde, que garantiu maior acesso aos serviços de saúde privados, acrescida da percepção das camadas médias da população de que a assistência médica pública, bem como outros bens públicos, é inferior à sua expectativa pela qualidade e escassez, justificariam a falsa consciência de que não se deve utilizar os serviços públicos, para não ‘tirar o lugar’ daqueles que mais necessitam e não têm outros recursos, negando, desta forma, a característica primordial do SUS, que é a sua universalidade.

A atração para o SUS ou, especialmente, para a utilização da porta de entrada do sistema, a Estratégia Saúde da Família, é um dos desafios para a valorização do sistema por parte desses segmentos da população e para a qualificação do SUS. Os resultados da pesquisa apontam indícios de que o atendimento profissional domiciliar e o cuidado de

idosos são aspectos valorados positivamente por estes estratos populacionais, que reivindicam a cobertura por ESFs em suas áreas de moradia.

Os obstáculos a superar para a garantia de atenção integral são de diversas ordens – financeiros, oferta insuficiente e formação inadequada de recursos humanos (Conill, 2008). Ainda assim, os resultados do estudo de caso apontam que o fortalecimento da posição dos serviços da Estratégia Saúde da Família como porta de entrada preferencial resolutive, integrados à rede e com referências reguladas para a atenção especializada tem potencialidade de reorientar a organização do sistema de saúde para assegurar o direito universal à saúde, na medida em que seja assumida como política integrada de governo e que construa interfaces, de modo a promover a cooperação com outros setores, visando enfrentar os determinantes sociais mais gerais da saúde.

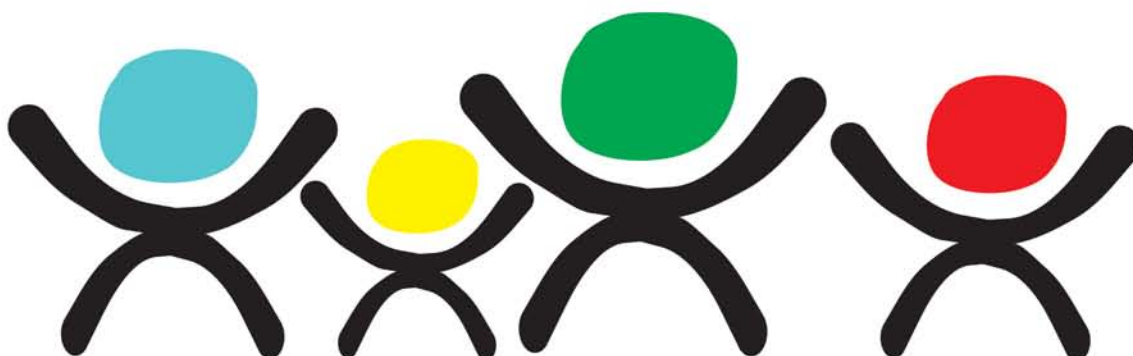
Estudos de Caso sobre Implementação da Estratégia Saúde da Família em Quatro Grandes Centros Urbanos

Coordenação da Equipe de Pesquisa:

Lígia Giovanella • Sarah Escorel • Maria Helena Magalhães de Mendonça

Belo Horizonte

Relatório final



INTRODUÇÃO

A atenção ambulatorial de primeiro nível, isto é, os serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, direcionados a cobrir as afecções e condições mais comuns, além de resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população, são denominados, em geral, serviços de atenção primária.

Não há, contudo, uniformidade na interpretação do termo atenção primária à saúde (APS), empregado para referir-se a diferentes concepções, que podem ser agrupadas em três principais abordagens. Nos países europeus em que há sistemas universais de proteção social em saúde, o termo atenção primária, em geral, diz respeito a um dos níveis de atenção que correspondem aos serviços ambulatoriais médicos de primeiro contato não especializados, incluindo variado espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população.

De modo distinto, o entendimento mais difundido nos países periféricos, com programas implementados sob incentivo financeiro de agências internacionais, é o de atenção primária seletiva: programas focalizados para os estratos populacionais em extrema pobreza, que oferecem cesta restrita de serviços de baixa resolutividade ou algumas intervenções custo-efetivas dirigidas a agravos específicos.

Outra perspectiva é a de uma atenção primária à saúde abrangente, que corresponde à concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde, desenvolvida a partir do que foi preconizado na Conferência de Alma Ata em 1978 (Giovanella, 2006).

A concepção de atenção primária em saúde da declaração de Alma Ata é denominada “abrangente”, pois, além de definir a APS como o primeiro nível de atenção integrado ao sistema de saúde, inclui entre seus princípios: a necessidade de enfrentar determinantes de saúde mais amplos de caráter socioeconômico, o acesso e a cobertura universais com base nas necessidades, a participação da comunidade; a ação e a coordenação intersetorial e o uso de tecnologia apropriada e efetiva. Assim pode ser considerada uma estratégia para organizar os sistemas de atenção em saúde e para a sociedade promover a saúde.

Recentemente observa-se um movimento de renovação da atenção primária, impulsionado pelas agências internacionais de saúde – Organização Mundial de Saúde

(OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) – como meio para alcançar os Objetivos do Milênio acordados pelas Nações Unidas.

Em 2003, a OPAS/ OMS aprovou resolução que insta os Estados Membros a adotarem uma série de recomendações para fortalecer a APS e, em 2005, divulgou o documento de posicionamento “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas”, no qual defende a necessidade de se alcançar atenção universal e abrangente por meio de uma abordagem integrada e horizontal para o desenvolvimento dos sistemas de saúde, com cuidados orientados à qualidade, ênfase na promoção e prevenção, intersetorialidade, participação social, e responsabilização dos governos (OPAS, 2005).

A renovação proposta pela OPAS subentende uma atualização da concepção abrangente de APS. Sua implementação, contudo, dependerá da tradução dos princípios enunciados em práticas concretas dessas agências internacionais e da adesão dos governos.

Uma boa organização dos serviços de atenção primária contribui para maior eficiência do sistema (Delnoij et al., 2000) e para a melhoria da atenção, promovendo fortes efeitos positivos sobre a saúde da população.

Comparações internacionais mostram que uma APS robusta, com serviços de primeiro contato integrados ao sistema de saúde e com oferta integral de ações gera impacto positivo nos indicadores de situação de saúde e produz ganhos de eficiência com menor uso de medicamentos (Macinko, Starfield & Shi, 2003; Starfield & Shi, 2002). Reformas recentes nos países da União Européia buscam fortalecer a posição da atenção primária no sistema de saúde e fomentar sua função de coordenação dos cuidados (Saltman, Rico e Boerma, 2006).

No Brasil, durante os anos 1990, para distanciar-se da concepção seletiva de atenção primária à saúde, passou-se a empregar o termo atenção básica em saúde, visando caracterizar a atenção à saúde de primeiro nível e definindo-a como: “um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (MS, 2002).

À época, a atenção básica proposta referia apenas o primeiro nível, sem apontar a integração ao sistema de saúde e não implicava um modelo assistencial diferenciado, mantendo-se a atenção ora calcada apenas na resposta ao pronto atendimento da

demanda espontânea ou com base nos tradicionais programas de saúde pública dos centros de saúde.

Uma mudança mais profunda do modelo assistencial foi proposta na segunda metade da década de 1990, como desdobramento do Programa de Saúde da Família (PSF). Este programa, dando continuidade ao Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS), foi criado com características de seletividade, ao priorizar a ação para determinados grupos e dirigir-se, como programa paralelo, a populações em maior vulnerabilidade social. Todavia, ao final da década de 1990, o Saúde da Família foi assumido pelo Ministério da Saúde como estratégia de reorganização do sistema de saúde e modelo assistencial substitutivo na perspectiva de implementação de novo modelo assistencial de atenção primária mais abrangente.

Criado ao final de 1993 e implantado a partir de 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) inicialmente voltou-se para a extensão de cobertura assistencial focalizada em áreas de maior risco social, mas adquiriu centralidade, aos poucos, na agenda governamental. Desde 1999, passou a ser considerado como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde pelo Ministério da Saúde, visando reorientar o modelo assistencial e imprimir nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde (Souza, 2002).

Impulsionado por incentivos financeiros federais, o PSF expandiu-se para a maioria dos municípios brasileiros, apresentando, contudo, importantes diversidades no modelo assistencial implementado e baixa cobertura em grandes centros urbanos (Escorel et al., 2002; Giovanella et al., 2003; Escorel et al., 2007).

A implantação do PSF foi acelerada nos municípios de pequeno porte, com baixa ou nenhuma capacidade instalada, todavia, nos grandes centros urbanos, sua implementação foi lenta, pois se deparou com questões de maior complexidade relacionadas à concentração demográfica, ao elevado grau de exclusão do acesso aos serviços de saúde, a agravos de saúde característicos das grandes cidades e metrópoles, e a uma oferta consolidada em rede assistencial desarticulada e mal distribuída (Souza, 2002, Escorel et al., 2007).

Ao longo de mais de uma década, o PSF expandiu-se em todo o país sob forte e contínua indução do Ministério da Saúde, atingindo, em dezembro de 2007, cerca de 94% dos municípios brasileiros, com 27 mil equipes e cobertura populacional de 46%

(87 milhões de habitantes). Todavia, um olhar sobre as experiências em curso demonstra grande diversidade vis-à-vis as imensas disparidades inter e intrarregionais e as enormes desigualdades sociais que marcam a realidade brasileira (Viana dal Poz, 1998; Goulart, 2002; Escorel et al., 2002).

Recentemente, em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) atingiu consenso em nível nacional entre gestores federais e representantes das esferas estaduais e municipais na Comissão Intergestores Tripartite e ampliou o escopo e a concepção da atenção básica no país, incorporando os atributos propostos por Starfield (2002) na atenção primária em saúde, para caracterizar uma atenção primária em saúde abrangente. Na PNAB, a Atenção Básica é entendida como um conjunto de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de saúde nos âmbitos individual e coletivo, realizadas por meio de trabalho em equipe e dirigidas a populações de territórios delimitados (MS, 2006).

Ponto de contato preferencial e porta de entrada do sistema de saúde, a atenção básica no Brasil, segundo a Política Nacional de Atenção Básica, tem como fundamentos: 1) o acesso universal e contínuo a serviços de saúde resolutivos e de qualidade; 2) a efetivação da integralidade em suas várias dimensões, ao articular ações programáticas e de atendimento à demanda espontânea, ao integrar ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação e ao coordenar o cuidado na rede de serviços; 3) o desenvolvimento de relações de vínculo e de responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a longitudinalidade; 4) a valorização dos profissionais de saúde; 5) a realização de avaliação e monitoramento sistemático dos resultados; e 6) o estímulo à participação popular e controle social (MS, 2006:10-11).

Na Política Nacional de Atenção Básica, a Saúde da Família é assumida como estratégia prioritária para a organização desse tipo de atenção; assim, o modelo brasileiro de atenção primária em saúde incorpora também os elementos de centralidade na família e ser direcionada para a comunidade.

Todavia, ainda que a atenção básica tenha ampliado seu escopo e a estratégia da Saúde da Família tenha conseguido estender o acesso da população à atenção em saúde de primeiro nível nos últimos anos, sua implementação obedeceu modelos diferenciados e a ampliação de cobertura nem sempre correspondeu à mudança do modelo assistencial preconizada pela estratégia com o estabelecimento de porta de entrada, formação de vínculos entre os profissionais e a população do território, integração dos serviços de

saúde em uma rede assistencial resolutiva, garantindo a integralidade da atenção (Escorel et al., 2002).

Avançar na implementação de tal política exige conhecimento e análise aprofundados da atenção primária atualmente prestada, bem como sua avaliação a partir da perspectiva de todos os envolvidos, profissionais de saúde, gestores e, especialmente, usuários, para identificar nós críticos e pontos de intervenção que possam orientar as políticas e ações no sentido de concretizar os princípios gerais da proposta, garantindo atenção de saúde de qualidade à população.

Neste sentido, ao somar-se a diversas outras iniciativas, o presente estudo tem por propósito analisar o modelo assistencial da atenção básica em saúde a partir da implementação da Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos quanto à coordenação dos cuidados com integração à rede de serviços e à atuação intersetorial, desde a perspectiva das famílias cadastradas, dos profissionais de saúde e dos gestores.

Foram realizados quatro estudos de caso em grandes municípios com experiências consolidadas e cobertura elevada, com financiamento do DAB/SAS/MS. Entende-se que a análise da implementação da Estratégia Saúde da Família em experiências consolidadas, no que concerne à integração da rede assistencial e à intersetorialidade, contribui para melhor compreender a complexidade da promoção de mudanças do modelo assistencial, para identificar novos desafios da fase de consolidação e os fatores condicionantes de sucesso, além de possibilitar a difusão de boas práticas.

O estudo toma como eixos de análise a integração da Saúde da Família ao sistema de saúde e à intersetorialidade, pois estes são aspectos cruciais da atenção primária abrangente, estratégica para a reorganização do sistema de saúde.

JUSTIFICATIVA

No processo de renovação da atenção primária observa-se a disputa de distintas concepções de atenção primária por parte das agências internacionais, com importantes repercussões sobre a equidade e o direito à saúde, principalmente entre a abordagem seletiva e a abordagem integral ou abrangente.

As concepções seletiva e abrangente de APS compreendem questões teóricas, ideológicas e práticas bem distintas e com consequências diferenciadas sobre a garantia

do direito universal à saúde. A integração da APS ao sistema de saúde e a articulação intersetorial são princípios fundamentais de uma atenção primária abrangente, pois a integração é condição para a garantia de atenção integral e a intersetorialidade, para o enfrentamento de determinantes sociais. A integração da APS com os outros níveis assistenciais é atributo fundamental de uma APS abrangente, pois a principal característica da APS seletiva é a oferta de uma cesta restrita de serviços a algumas ações de baixo custo situadas no primeiro nível de atenção sem garantia de acesso a serviços de saúde adequados às necessidades de saúde (o que inclui serviços especializados), produzindo-se importantes desigualdades de acesso e na garantia do direito à atenção. A garantia de atenção integral, no que concerne ao acesso a serviços adequados às necessidades de saúde, está condicionada à integração dos serviços de APS à rede assistencial em saúde.

A integração do sistema de saúde contribui para o exercício de coordenação dos cuidados pelos serviços de atenção primária, garantindo a continuidade da atenção aos pacientes crônicos. A coordenação dos cuidados é um desafio contemporâneo para qualquer sistema de saúde decorrente de mudanças demográficas e epidemiológicas e da baixa capacidade da atenção médica contemporânea, fragmentada pela especialização progressiva, em garantir atenção integral e integrada, em particular, aquela voltada ao paciente crônico (Giovanella, 2006). Doentes crônicos, em geral, necessitam utilizar simultaneamente diversos serviços, exigindo a coordenação entre níveis de atenção.

Outra importante característica de uma atenção primária à saúde abrangente, que a diferencia das outras concepções é a compreensão da saúde como inseparável do desenvolvimento econômico e social, como discutido em Alma Ata, o que implica em atuação dirigida a enfrentar os determinantes mais gerais dos processos saúde-enfermidade. Reconhecer a determinação social dos processos saúde doença exige a articulação com outros setores de políticas públicas desencadeando e mediando ações intersetoriais para o desenvolvimento social integrado e a promoção da saúde.

Se a **integração** enfrenta a concepção seletiva e é condição para se contrapor a uma cesta restrita, assumir uma concepção abrangente de atenção primária implica na construção de sistemas de saúde orientados pela APS, no qual a atenção primária não se restringe ao primeiro nível de atenção, mas é a base e referência para toda a atenção, contemplando não apenas aspectos biológicos, mas também psicológicos e principalmente sociais, buscando-se promover a saúde e enfrentar seus determinantes

mais gerais que transcendem ao setor e implicam na articulação de políticas econômicas e sociais. Assim a **intersetorialidade** é atributo de uma abordagem de atenção primária que enfrenta os diversos níveis de determinação dos processos saúde-enfermidade, se quer comunitária e, que incide sobre problemas coletivos e não apenas individuais. Uma atenção primária que responde às exigências dos ditames da constituição brasileira do dever do Estado em garantir a saúde mediante políticas sociais e econômicas que reduzam riscos de adoecimento e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Analisar o modelo assistencial da atenção básica, tendo como foco questões relativas à integração do sistema e à intersetorialidade, justifica-se também por ser este momento de novas iniciativas de organização do sistema de saúde incentivadas pelo governo federal e de novo discurso na política de saúde, que explicita as relações entre saúde e desenvolvimento.

Após quase duas décadas de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), a pretendida conformação de sistemas funcionais de atenção à saúde regionalizados com economia de escala para garantia de atenção em níveis de maior densidade tecnológica e de mais alto custo, em geral, ainda não se concretizou e permanece como um dos principais desafios.

A atual proposta dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS) busca enfrentar os desafios federativos para esta integração e encontra-se em fase de gestação e de implementação de alguns projetos piloto. Estudar a integração do sistema de saúde em municípios – no caso de terem sido exitosos na extensão da cobertura por PSF a seus municípios – busca contribuir com subsídios para melhor organização do SUS. Embora soluções não possam ser diretamente transferidas, dadas as diversidades regionais de nosso país, a análise de experiências exitosas pode ser importante contribuição para o debate e a seleção de alternativas adequadas a cada realidade.

OBJETIVOS DO ESTUDO

O presente estudo tem por objetivo geral analisar o modelo assistencial da atenção básica em saúde a partir da implementação da Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos quanto à coordenação dos cuidados com integração à rede de serviços e à atuação intersetorial, desde a perspectiva das famílias cadastradas, dos profissionais de saúde e dos gestores.

Tem como objetivos específicos:

- Analisar o contexto político e institucional de implementação do PSF;
- Avaliar a conformação de uma rede integrada de serviços de saúde com a constituição da ESF/USF como porta de entrada ao sistema de saúde e o estabelecimento de mecanismos de referência e contrarreferência;
- Avaliar a coordenação, pela equipe de saúde da família, das diversas ações e serviços necessários para resolver necessidades mais complexas, garantindo a continuidade da atenção na rede de serviços;
- Examinar as iniciativas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de articulação com outros setores de políticas públicas e analisar o papel desempenhado pela Estratégia Saúde da Família nestas iniciativas;
- Estudar o processo de trabalho das equipes de saúde da família e a incorporação de práticas assistenciais em relação à coordenação dos cuidados e à atuação intersectorial;
- Identificar e analisar os fatores facilitadores e limitantes da implementação da Estratégia Saúde da Família nos municípios estudados no que concerne à integração da rede assistencial e coordenação dos cuidados e à intersectorialidade.

O estudo considera as perspectivas dos principais atores envolvidos: gestores e gerentes de saúde, profissionais das equipes de saúde da família (ESF) e famílias cadastradas. Este relatório apresenta os resultados da pesquisa no município de Belo Horizonte com trabalho de campo realizado no período de junho a agosto de 2008 no qual foram realizadas entrevistas com gestores e gerentes municipais, aplicados questionários auto-preenchidos aos profissionais das ESF, e aplicados questionários fechados a uma amostra de famílias cadastradas entrevistadas em seus domicílios.

Os estudos de caso e análise das mudanças no modelo assistencial foram realizados por meio da adaptação de metodologia utilizada em estudo anterior (Ministério da Saúde, 2002; Escorel et al. 2005) que incorpora informações obtidas dos gestores, dos profissionais de saúde e das famílias cadastradas no PSF.

Os resultados apresentados nos diversos capítulos buscam articular na análise de cada dimensão em estudo as perspectivas dos diversos sujeitos da pesquisa: gestores e gerentes, profissionais das ESF e famílias cadastradas.

I. EIXOS DE ANÁLISE: INTEGRAÇÃO/COORDENAÇÃO/CONTINUIDADE E INTERSETORIALIDADE

A pergunta principal de estudo está relacionada a mudanças de modelo assistencial proporcionadas pela Estratégia Saúde da Família quanto à integração da rede assistencial e coordenação dos cuidados em saúde e à articulação intersetorial com outros setores de políticas públicas.

A seguir apresenta-se síntese da revisão bibliográfica sobre os dois eixos que orientarão a análise dos resultados: integração/coordenação/continuidade e intersetorialidade.

EIXO 1. INTEGRAÇÃO/ COORDENAÇÃO / CONTINUIDADE

Integração, coordenação e continuidade são processos inter-relacionados e interdependentes que se expressam em distintos âmbitos: no sistema, na atuação profissional e na experiência do paciente ao ser cuidado. Como analisado a seguir, a integração se expressa na organização do sistema de saúde, a coordenação se realiza no cuidado individual exercida pelos profissionais de saúde no processo de atenção articulando diferentes prestações e, se concretiza na continuidade da atenção, que deve ser centrada no paciente, adequada às suas necessidades de saúde, e oportuna – ofertada em tempo hábil.

Problemas relacionados à coordenação dos cuidados vêm recebendo ampla atenção nos países da OECD e países da União Européia (UE) em função do reconhecimento da fragmentação na oferta dos serviços de saúde causada, em parte, pela especialização da prática médica, que contribui para que o paciente transite por diferentes prestadores ao longo de um mesmo episódio de doença e pelo crescimento da prevalência de doenças crônicas, que exigem maior contato com os serviços de saúde e outros equipamentos sociais em contexto de pressão por mais eficiência (Gérvás y Rico, 2005; Calnan et al. 2006; Hofmarcher et al., 2007).

Na UE, desde a década de 1990, reformas pró-coordenação vêm sendo implementadas, sobretudo voltadas ao fortalecimento do primeiro nível de atenção. Nos países da União Européia, afora propósitos de controle de gastos, a melhor coordenação dos cuidados busca responder a exigências de mudanças no perfil epidemiológico com crescente

prevalência de doenças crônicas. O cuidado de doentes crônicos resulta em interdependência interorganizacional, pois estes pacientes utilizam simultaneamente serviços de diversas complexidades, exigindo a coordenação entre níveis de atenção (Giovanella, 2006).

A coordenação dos cuidados pode ser compreendida e experimentada de diferentes formas, a depender do ator envolvido e da perspectiva de avaliação. Para o paciente, reflete-se na garantia de acesso aos demais níveis assistenciais e na experiência de recebimento de atenção contínua; para a APS, na integração à rede assistencial e na assunção de novas funções de coordenação; e para a atenção especializada, na garantia de ações que complementam o cuidado no nível hospitalar e o retorno do paciente aos cuidados do prestador mais apropriado.

As estratégias de coordenação envolvem mudanças na organização e na gestão dos serviços para que o paciente não perceba a divisão entre níveis e receba os cuidados de profissionais apropriados, em tempo e local adequados e de forma contínua (Feo et al., 2006). Um enfoque de atenção integrada envolve mecanismos de referência e contrarreferência em todos os níveis do sistema e com outros serviços sociais.

Watson (2004) pensa que a coordenação dos cuidados depende da integração de serviços entre os prestadores ao interior da APS e entre a APS e os outros níveis do sistema de saúde. Isto é, a coordenação reflete a natureza e a extensão de integração horizontal na APS e vertical no sistema de saúde.

De acordo com Conill e Fausto (2007), um bom desempenho da continuidade da atenção tem reflexos positivos na credibilidade da APS como serviço de primeiro contato e porta de entrada, facilitando o estabelecimento de vínculo. Para os autores, a continuidade do cuidado é uma dimensão qualitativa do serviço, que é experienciada pelo paciente, dependendo do grau de coordenação e de integração dos serviços. A coordenação é percebida pelo usuário por meio da continuidade assistencial.

Neste sentido, a continuidade pode ser definida como o grau em que o paciente percebe e experiencia uma série de distintas intervenções de cuidado em saúde como processo ininterrupto, coerente, conectado e compatível às suas necessidades médicas e ao seu contexto pessoal.

Quando mais de um prestador é envolvido no atendimento e cuidado em saúde, estratégias de coordenação são essenciais para garantir a continuidade. O grau de

coordenação necessário vai depender da complexidade do caso e das opções disponíveis ao paciente (Boerma, 2006).

Para Starfield (2002), a coordenação ou integração dos serviços implica a garantia de continuidade da atenção por meio de estratégias que busquem integrar as diversas ações e serviços indispensáveis para resolver as necessidades menos frequentes e mais complexas. Na experiência do usuário, segundo esse autor, a coordenação pode ser bem expressada na resposta afirmativa à assertiva: “se vários médicos estão envolvidos em meu tratamento, meu médico organiza-o.”

Assim, integração, coordenação e continuidade são processos inter-relacionados e interdependentes, que se expressam em distintos âmbitos: no sistema, na atuação profissional e na experiência do paciente ao ser cuidado. A integração se expressa na organização do sistema de saúde, a coordenação se realiza no nível do cuidado individual exercido pelos profissionais de saúde no processo de atenção e se expressa em atenção contínua, centrada no paciente, adequada às suas necessidades de saúde, e oportuna – ofertada em tempo hábil.

Hofmarcher et al. (2007) realizaram estudo com *policy makers* em países da OECD sobre políticas relacionadas à coordenação da atenção e identificaram quatro áreas nas quais os processos de reforma podem potencializar a capacidade dos sistemas de saúde em melhorar a coordenação dos cuidados. Um primeiro grupo de medidas que pode facilitar a coordenação está relacionado à disponibilidade e à transferência de informações, incluindo a ampla utilização das tecnologias de informação e comunicação (TICs). Um requisito necessário seria o aprimoramento da coleta e da disseminação das informações sobre o atendimento ao paciente e o desenvolvimento de indicadores de desempenho dos prestadores. O uso destas tecnologias apresentaria efeitos positivos também na qualidade da assistência prestada.

Um segundo grupo de intervenções com potencial impacto positivo sobre a coordenação dos cuidados refere-se ao financiamento em que há revisão dos padrões de alocação de recursos no setor ambulatorial, justificada pelo progressivo deslocamento de ações tradicionalmente realizadas em regime hospitalar para nível ambulatorial. Em diversos países, o financiamento separado por níveis de atenção contribui para a fragmentação do sistema, pois corresponde também, em geral, a administrações separadas do setor ambulatorial e hospitalar (em muitos países o responsável pela atenção especializada) com barreiras administrativas e divisão vertical de responsabilidades entre prestadores.

Os diferentes esquemas de pagamento para o setor ambulatorial e hospitalar influenciam igualmente o comportamento dos prestadores, com impactos sobre a coordenação.

O terceiro conjunto de medidas pró-coordenação, provavelmente, o mais importante, segundo Hofmarcher et al. (2007), refere-se às mudanças necessárias nos modelos de cuidado ambulatorial para atender as doenças crônicas, com melhoria da resolutividade da APS.

Segundo Calnan et al. (2006) observa-se a tendência de substituição de cuidados antes oferecidos em hospitais para serviços ambulatoriais e de atenção primária com aumento da resolutividade da APS. O pressuposto é que profissionais da APS têm melhores condições de atender às demandas da população, ao mesmo tempo em que equipes multiprofissionais podem prover assistência mais coerente, principalmente a portadores de múltiplas patologias, a depender do escopo e do limite das práticas exercidas por profissionais não médicos. O aumento da capacidade resolutiva da APS favorece melhor coordenação dos cuidados.

O maior acesso aos meios diagnósticos pelo médico da APS, a ampliação do papel da enfermagem e o maior apoio administrativo para que a equipe não tenha que dispor de tempo excessivo em tarefas gerenciais são alguns exemplos de estratégias para aumento de resolutividade (Feo, et al., 2006).

Instrumentos de gestão de casos, programas de gestão clínica, uso de protocolos e programas para aumentar a autonomia dos pacientes (pacientes-experts) são algumas das ações desenvolvidas para melhorar a coordenação, segundo estes autores (Hofmarcher et al., 2007).

Por fim, um quarto conjunto de medidas compreende mecanismos para a integração do sistema de saúde (Hofmarcher et al., 2007). A capacidade de coordenação é fortemente afetada pela falta de integração entre os níveis assistenciais, principalmente em função da existência de barreiras que dificultam o trânsito no interior do sistema de saúde e a relação entre os prestadores.

Parte dos países investigados no estudo de Hofmarcher et al. (2007) são caracterizados por forte separação administrativa entre setores/níveis de prestação da atenção em saúde (entre a atenção ambulatorial e a hospitalar ou entre a atenção primária e a especializada/hospitalar), que, como mencionado, operam sob diferentes formas de financiamento e dispõem de orçamentos separados.

A fragmentação se observa também na ausência de articulação com setores sociais responsáveis por cuidados de longa duração. Em diversos países, os cuidados de longa duração para idosos em situação de dependência são ofertados por serviços sociais não diretamente vinculados ao sistema de saúde. A vinculação de cada um dos níveis/setores de atenção dos sistemas de saúde e dos equipamentos sociais a diferentes esferas dificulta o desenvolvimento e a organização de um cuidado centrado no paciente, afetando justamente os indivíduos mais vulneráveis e que mais necessitam de acompanhamento. Em alguns países europeus, estratégias têm sido desenvolvidas para articular serviços de saúde e sociais, buscando assegurar os cuidados de longa duração de forma mais adequada (Hofmarcher et al., 2007).

Estes quatro conjuntos de medidas para a coordenação estão relacionados a áreas de intervenção para a garantia dos diversos âmbitos de continuidade. Alguns autores que apontam três tipos de continuidade: continuidade relacional dada pela existência de serviços de procura regular e relação com um mesmo prestador ao longo do tempo; a continuidade de informação com registro e uso da informação de episódios passados na atenção atual; e a continuidade na gestão do cuidado de determinada condição de saúde do paciente (Watson et al., 2004).

Na discussão internacional, como mencionado anteriormente, a coordenação em saúde envolve também a articulação com outros setores sociais, especialmente aqueles responsáveis por cuidados domiciliares de longa duração, tipo *house care* ou serviços sociais, e ainda a articulação com serviços de saúde pública/coletiva. As relações com outros setores sociais e políticas públicas que podem incidir sobre os determinantes sociais dos processos saúde-enfermidade, promovendo a saúde, serão trabalhados em um eixo específico de intersectorialidade na presente pesquisa.

No estudo anterior “*Saúde da Família: avaliação da implementação em Dez Grandes Centros Urbanos*”, realizada entre os anos de 2001 e 2002 pelo Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde/Ensp/Fiocruz, com o objetivo de analisar fatores facilitadores e limitantes da implementação da Estratégia Saúde da Família, a avaliação da integração à rede de serviços já se apresentava como um dos objetivos centrais.

Scorel et al. (2005:103) comenta que a integração do PSF à rede de serviços de saúde constitui o “eixo que permite analisar o modelo implementado e o alcance da estratégia quanto à constituição de uma rede de assistência integrada, na qual a USF é a porta de entrada do sistema”. As dimensões avaliadas foram: a constituição da USF como porta

de entrada do sistema de saúde; a integração da USF aos demais níveis de complexidade; a presença e o uso de mecanismos de referência e contrarreferência e a alimentação e utilização do SIAB.

A primeira dimensão analisada no eixo “integração à rede de serviços” foi a constituição do PSF como porta de entrada, considerando-se a eliminação de barreiras de acesso financeiras, geográficas, temporais, administrativas e culturais. De acordo com os resultados do estudo, a localização da USF era conhecida por mais de 90% das famílias entrevistadas e acessível a pé na maior parte dos municípios estudados. Foi também bastante elevado, acima de 90%, o percentual de usuários que relatou ter recebido algum atendimento da ESF, com 48 a 82% tendo utilizado algum serviço do PSF nos últimos 30 dias.

Do mesmo modo, a pesquisa avaliou se o PSF era o serviço de procura regular por parte da população adscrita. A avaliação das famílias variou amplamente entre os municípios, de 27 a 67%, indicando que o PSF tinha alcançado tornar-se serviço de procura regular apenas nos municípios em que foi implantado de forma mais integrada à rede e não como programa paralelo. Somente em dois casos (Aracaju e Vitória), o PSF constituía a porta de entrada para a maior parte da população usuária. Em relação ao uso recente, ou seja, nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa, os percentuais de procura das unidades básicas de saúde (UBS) com PSF variaram de 24 a 62%, com forte procura, em alguns casos, de serviços de emergência: postos ou centros de saúde com serviço de urgência, os hospitais e pronto-socorro.

Em relação à integração com a rede de serviços, avaliou-se a resolutividade da atenção oferecida pelo PSF e a proporção de encaminhamentos realizados pelas equipes. Na maior parte das cidades estudadas, mais de 70% das famílias consideraram que conseguiam geralmente resolver seu problema de saúde quando atendidas pelo PSF, contudo, em três cidades, de 33 a 46% dos entrevistados informaram que, em geral, precisam procurar o especialista pós atendimento na USF.

De outra parte, no atendimento recebido ao longo dos últimos 30 dias, os encaminhamentos para consulta médica variaram de 8 a 27%. Foram também investigados os tempos de espera do paciente para ações especializadas, para os exames solicitados e o acesso a todos os medicamentos pela ESF, este último tendo sido o quesito pior avaliado pelas famílias. Quanto à presença de mecanismos de referência e contrarreferência foi verificado que a organização do sistema encontrava-se em fase

inicial com a presença de alguma forma de regulação das referências na maior parte dos municípios investigados, com as centrais de marcação de consultas especializadas mostrando-se as mais estruturadas. Ainda assim, apenas a existência deste instrumento de regulação não assegurava sua utilização por parte dos profissionais. Em relação à contrarreferência, entre 16 e 44% dos profissionais de nível superior relataram que nunca a recebiam.

O presente estudo adaptou os instrumentos de coleta de informações da pesquisa anterior (Escorel et al., 2005) e incorporou novas variáveis para o estudo da integração/ coordenação/ continuidade.

Avaliar a coordenação dos cuidados e a integração do sistema de saúde envolve investigar, portanto, diferentes dimensões desde distintos âmbitos. Exige um olhar sobre a organização do sistema de saúde para identificar e examinar a implementação de instrumentos de integração do sistema de saúde; um olhar nos processos de trabalho das equipes de saúde quanto ao uso destes instrumentos de integração, à realização de atividades de coordenação dos cuidados e à articulação ao interior da própria equipe; e uma avaliação, desde a perspectiva dos usuários, em sua experiência de recebimento de cuidado contínuo, adequado e oportuno com garantia de acesso aos outros níveis assistenciais.

No âmbito **do sistema de saúde**, a investigação da integração/ coordenação por meio de entrevistas com gestores, gerentes e análise documental buscou responder a questões como: Como está organizado o sistema municipal de saúde e qual o papel da Estratégia Saúde da Família? As USF são definidas como serviço de primeiro contato? Como o SF se relaciona com os serviços especializados e hospitalares? Há mecanismos para garantir a referência e contrarreferência? As filas de espera são monitoradas? Existem diretrizes formais para a transferência de informações entre médicos de atenção primária e especialistas? Existem canais de comunicação entre serviços de emergência e a Saúde da Família? Como a Saúde da Família se relaciona com os setores de saúde coletiva/ vigilância em saúde?

No **âmbito da ESF**, mediante questionários autoperenchidos por amostra de profissionais, investigou-se a articulação ao interior da equipe multidisciplinar, o registro de informações e o uso de mecanismos para transferência de informações entre médicos de atenção primária e especialistas, as modalidades de agendamento de

encaminhamento para especialistas, a relação horizontal com outros serviços de vigilância em saúde e o uso de protocolos clínicos.

Junto à população usuária, por meio de questionários fechados aplicados à amostra de famílias usuárias, foram pesquisadas as experiências de uso do Saúde da Família e de encaminhamentos, a USF como serviço de procura regular, as modalidades de agendamento/ acesso, as trajetórias de atenção, o acesso aos serviços especializados, exames e medicamentos.

Os instrumentos de coleta de informações da pesquisa incorporaram as variáveis selecionadas para as quatro dimensões definidas, com base na revisão de literatura, para a análise do modelo assistencial implementado a partir da Saúde da Família no que concerne à integração do sistema de saúde. A saber: i) posição da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial, ii) mecanismos de integração da rede assistencial; iii) disponibilidade e uso de informações sobre a atenção prestada; iv) integração do PSF com programas de saúde coletiva/ e ações de vigilância à saúde. Os aspectos estudados para cada dimensão estão listados a seguir.

Dimensões da integração/coordenação/continuidade

1. Posição da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial

- papel de porta de entrada e identificação da USF por usuários como serviço de procura regular;
- trajetórias de atenção/ percursos do paciente (modalidades de agendamento, fluxos);
- resolutividade da saúde da família e medidas de fortalecimento da APS (acesso a exames, equipes de apoio);
- realização de ações de coordenação pelos membros da ESF (monitoramento dos encaminhamentos, lembrar consultas marcadas, visita na internação, contato direto com os especialistas);
- trabalho em equipe – integração ao interior da equipe.

2. Mecanismos de integração da rede assistencial

- presença e uso de mecanismos de referência e contrarreferência (centrais de regulação, sistemas de agendamento);
- regionalização do sistema municipal;

- acesso a serviços especializados, monitoramento de filas de espera e dos encaminhamentos do PSF;
- utilização de protocolos clínicos, linhas de cuidado;
- articulação e canais de comunicação entre serviços de emergência e a Saúde da Família (relação com Unidades de Pronto-Atendimento - UPAS);
- articulação com outros programas, como saúde mental ou Programa de Atenção Domiciliar (PAD);

3. Disponibilidade e uso de informações sobre a atenção prestada

- registro e uso de informação: registro em prontuário, informação para referência, relatório de contrarreferência do especialista/hospital;
- diretrizes formais para a transferência de informações entre médicos de atenção primária e especialistas;
- alimentação e utilização dos sistemas de informação;
- prontuários eletrônicos;
- outros usos de tecnologias de informação e comunicação (TICs).

4. Integração do PSF com programas de saúde coletiva/ e ações de vigilância à saúde

- no nível central da SMS e nível local na UBS;
- relações com outros agentes de saúde (endemias, dengue);
- relação com programas tradicionais de saúde pública como tuberculose, hanseníase etc.

EIXO II. INTERSETORIALIDADE

A intersectorialidade busca superar a fragmentação das políticas públicas e é entendida como a interação entre diversos setores no planejamento, na execução e no monitoramento de intervenções para enfrentar problemas complexos/necessidades de grupos populacionais e alcançar efeitos sinérgicos (Vianna, 1998; Inojosa & Junqueira, 1997; Junqueira, 1998 e 2000).

Na saúde, a articulação intersetorial é imprescindível para incidir sobre os determinantes sociais do processo saúde-enfermidade e promover a saúde. Neste sentido, o campo da promoção transcende medidas educativas para mudanças de estilos de vida e valoriza os determinantes gerais das condições de saúde, englobando o conjunto de providências no plano das políticas públicas que visa intervir positivamente sobre diversos fatores propiciadores de maiores níveis de saúde. Nesta concepção abrangente de promoção da saúde reconhecem-se os macrodeterminantes do processo saúde-doença e as intervenções estão voltadas para incidir sobre estes determinantes sociais (Buss, 2003), transcendendo as atividades dirigidas a mudanças de comportamentos individuais e implicando a ação sinérgica de diversos setores.

A promoção da saúde destaca a intersetorialidade como estratégia de enfrentamento dos problemas quanto ao meio ambiente, à urbanização, à segurança alimentar e nutricional, ao desemprego, à moradia, ao uso de drogas etc. (Campos et al., 2004).

Em concepção ampla de promoção da saúde considera-se a promoção orientadora da política nacional de saúde enquanto política social e a intersetorialidade, como estratégia para introduzir mudanças nas estruturas sociais (culturais, econômicas e políticas) que geram iniquidades (Campos et al., 2004; OMS, 2005).

Dois elementos são essenciais nesta concepção: as políticas públicas saudáveis e os determinantes sociais em saúde (Ruiz, 2006). A noção de política pública “saudável” teorizada por Milio (1987) permite distinguir as políticas de saúde habitualmente vinculadas aos serviços de atenção à saúde daquelas que estão além do setor saúde. Em 1988, a II Conferência Internacional de Promoção à Saúde, em Adelaide, definiu as políticas saudáveis como:

“Healthy public policy is characterized by an explicit concern for health and equity in all areas of policy and by an accountability for health impact. The main aim of health public policy is to create a supportive environment to enable people to lead healthy lives. Such a policy makes health choices possible or easier for citizens. It makes social and physical environments health enhancing. In the pursuit of healthy public policy, government sector concerned with agriculture, trade, education, industry and communications need to take into account health as an essential factor when formulating policy. These sectors should be accountable for the health consequences of their policy decisions. They

should pay as much attention to health as to economic considerations”
(OMS/WHO, 1988).

A política pública saudável ultrapassa o setor saúde e o vincula a setores que estão geralmente sob a égide de outros ministérios, como o do meio ambiente, o do trabalho e o da habitação, entre outros (Milio, 1987; OPS, 1999; Lavis & Sullivan, 2000; Restrepo, 2001).

Nos últimos anos, em vários países da América Latina tem-se discutido a proposta de Cidades / Municípios Saudáveis. Este projeto procura experimentar uma nova forma de gerenciamento dos problemas das cidades, tendo como referência a concepção ampla do processo saúde-doença e o novo paradigma da Promoção da Saúde. Esta perspectiva engloba a intersetorialidade, na medida em que o setor saúde deixa de ser o campo exclusivo de pensar e do fazer em saúde e passa a mobilizar outros campos de saberes e práticas profissionais (Andrade, 2006).

Em relação aos determinantes sociais em saúde, a partir do Relatório Lalonde¹ e do “Black Report²” assistimos ao nascimento de um movimento que aponta para a necessidade de aprofundar o conhecimento e a compreensão dos determinantes sociais (renda, habitação, educação etc.) que influenciam a saúde das populações. O “Black Report” mostrou a distância existente no estado de saúde entre diferentes classes sociais em relação à renda. Seus autores fizeram um apelo à elaboração de políticas sociais amplas que pudessem reduzir as iniquidades (OMS, 2005).

As relações entre saúde e desenvolvimento econômico social e a necessidade de políticas sociais e econômicas articuladas foram muito discutidas pela corrente da epidemiologia social latino-americana desde meados dos anos 1970. Em contraposição a um enfoque individual da promoção da saúde, que preconiza mudanças de estilo de vida de cada um – desconhecendo deliberadamente as condicionalidades mais gerais dos comportamentos individuais – uma interpretação social da epidemiologia foi desenvolvida durante os anos 1970 e 1980 na América Latina, que reconheceu o processo saúde-enfermidade como parte própria e inseparável do social e evidenciou as relações entre classe social e estado de saúde.

¹ Produzido no Canadá em 1974.

² Produzido na Inglaterra em 1980.

Estas relações foram analisadas por diversos autores como Juan César Garcia, Cristina Laurell, Jaime Breilh, Cecília Donangelo e Sérgio Arouca sob diversas perspectivas (Testa, 1995; Ferreira & Buss, 2001).

Parte dos estudos mostra que a posição que ocupa cada trabalhador no processo de trabalho determina distintas enfermidades. Nesta interpretação, entende-se que a posição na produção significa uma forma particular de desgaste físico e mental, o que produz, através da repetição cumulativa, determinadas patologias (Testa, 1995).

Outras investigações mostraram que a extensão do processo produtivo à fase circulatória, com a distribuição de valores – os bens e serviços necessários – e, contra valores – os resíduos contaminados e consumos indesejáveis – configura diferentes condições de vida, gerando perfis epidemiológicos distintos para cada classe social.

Em uma perspectiva estruturalista, outros trabalhos explicaram como a composição da formação econômico-social e diferentes condições de reprodução da força de trabalho gestadas conforme a fase do desenvolvimento capitalista determinam características dos processos saúde-enfermidade (Testa, 1995:227). Essas investigações apontaram determinantes gerais; contudo, nem sempre alcançaram desvendar as intermediações entre os grandes processos históricos e seus conceitos, como classe social, e a especificidade individualizada dos processos patológicos. Sem dúvida, evidenciaram as relações entre posição social e saúde e as relações entre renda e saúde, condições de vida e saúde são hoje consensuais.

Neste contexto, no Brasil, como legado do movimento sanitário e da VIII Conferência Nacional de Saúde, a Constituição Federal de 1988, em seu capítulo Da Ordem Social, consagrou o direito universal à saúde como direito de cidadania e reconheceu a determinação social do processo saúde-doença, assumindo um ‘conceito ampliado de saúde’. A Constituição assume uma definição afirmativa da saúde entendida como resultante das formas de organização social da produção e como consequência de políticas sociais e econômicas articuladas. O artigo 196 da reza: “*A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*” (Constituição da República Federativa do Brasil de 5/10/1988). Assim, pode-se afirmar que a intersetorialidade é exigência constitucional.

A corrente dos determinantes sociais em saúde tem se posicionado, a partir dos anos 2000, como movimento integrador de ações que buscam favorecer a promoção da saúde como eixo orientador da política nacional. Neste contexto, a intersetorialidade permite uma abordagem dos determinantes sociais em saúde, pois relaciona diferentes cenários, setores e atores que contribuem para a melhor qualidade de vida.

Nos dias atuais reconhecem-se vários níveis de determinação dos processos saúde enfermidade, sendo necessário incidir sobre os determinantes *proximais*, vinculados aos comportamentos individuais, os *intermediários*, relacionados às condições de vida e trabalho e os *distais*, referentes à macroestrutura econômica, social e cultural (conforme modelo de Dahlgreen e Whitehead apud Carvalho e Buss, 2008).

Entende-se que uma vez que a atuação sobre os diversos níveis dos determinantes sociais extrapola as competências e as atribuições das instituições de saúde, torna-se obrigatória a ação coordenada dos diversos setores e instâncias governamentais (Carvalho e Buss, 2008).

O predomínio da cultura setorial, competitiva e hierarquicamente verticalizada das organizações e dos serviços públicos, fatiados por conhecimentos, saberes e corporações, incorre em obstáculos para a implantação e a implementação de políticas públicas para a saúde.

A intersetorialidade, desde a perspectiva do setor saúde, pode ser entendida como a articulação deste setor com outros setores para atuar sobre um tema/problema, visando alcançar resultados de saúde (ou resultados intermediários de saúde) de maneira mais efetiva do que o setor saúde alcançaria por si só (OMS, 1997 apud Teixeira & Paim 2002:60).

Para Teixeira e Paim (2002:64), a intersetorialidade “*se apresenta como uma estratégia de reorganização das respostas aos problemas, necessidades e demandas sociais dos diversos grupos da população, seja em um Distrito Sanitário, um município ou uma microrregião*”. (...) “*Um processo em que os objetivos, as estratégias e os recursos de cada setor se consideram segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores*”.

Campos et al. (2004) afirmam que a intersetorialidade é processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes,

linguagens e modos de fazer que não lhes são usuais, pois pertencem ou se localizam no núcleo da atividade de seus parceiros.

Intersetorialidade implica em ações articuladas e coordenadas com prioridades estabelecidas em conjunto, utilizando-se os recursos de cada setor (materiais, humanos, institucionais) de modo mais eficiente (CNSAN – Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2004). Assim, a intersetorialidade sempre pressupõe a existência de algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar e estabelecer vínculos de co-responsabilidade e co-gestão pela melhoria da qualidade de vida da população.

No campo da atenção primária em saúde, a discussão sobre a intersetorialidade emergiu principalmente depois da Declaração de Alma Ata, em 1978, ao relacionar saúde ao desenvolvimento como componente essencial de qualquer estratégia que pretenda melhorar a condição da saúde humana, pela complexidade dos seus determinantes.

O Programa de Saúde da Família define, entre seus objetivos, o estabelecimento de parcerias para o desenvolvimento de ações intersetoriais e a intervenção sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta, devendo as ESF “*promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados*” (MS; 2001:75).

A Política Nacional de Atenção Básica de 2006 reafirma esta atribuição das ESFs, indicando como característica de seu processo de trabalho o “*desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para promoção da saúde*” (MS, 2006:19).

Para Mendes (1996:275-7), a intersetorialidade deve ser um dos princípios organizativos da Estratégia da Saúde da Família. Entende que a complexidade dos problemas de saúde exige a participação de outros setores para serem enfrentados, devendo a Saúde da Família trabalhar em estreita articulação com outros setores de políticas públicas. O autor reconhece que os esforços das práticas intersetoriais das ESFs sofrem limitações, as equipes ocupam hierarquicamente posição inferior, atuando em nível local e estando na dependência da condução dos problemas por níveis superiores.

Estudo realizado por Papoula (2006), em Petrópolis, corrobora esta percepção. Os resultados da pesquisa mostram que as ESFs reconhecem a importância e tomam iniciativas para desencadear a ação de outros setores de políticas públicas na busca da solução de problemas da população do território em que atuam, contudo nem sempre conseguem respostas às suas iniciativas.

Nesse estudo, os setores mais contatados pelas ESFs para a resolução dos problemas identificados nas comunidades, pertenciam ao executivo municipal; entretanto, as ESF conseguiam respostas mais positivas às suas solicitações quando os setores contatados eram organizações locais, com as quais estabeleciam relações mais horizontais (escolas, instituições religiosas, ONGs). Assim as ESFs cumpririam o papel de mediadoras de algumas ações intersetoriais, enquanto a efetivação da intersetorialidade dependeria da ação articuladora do governo municipal (Papoula, 2006).

Por conseguinte, para avaliar a abrangência da atuação intersetorial da Estratégia Saúde da Família, além de estudar o processo de trabalho das equipes de saúde da família e a incorporação de práticas relacionadas à atuação intersetorial, é preciso examinar as iniciativas da própria Secretaria Municipal de Saúde no tocante à articulação com outros setores de políticas públicas e identificar a presença de estratégias de atuação intersetorial de parte do Executivo Municipal.

Com o intuito de delimitar o escopo do estudo e analisar a intersetorialidade desde a perspectiva da saúde optou-se, na presente pesquisa, por examinar as iniciativas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e o papel desempenhado pela Estratégia Saúde da Família nestas iniciativas. A atuação intersetorial do Executivo Municipal foi apreendida desde a perspectiva da Secretaria Municipal de Saúde e de gestores de outros setores identificados, pelo secretário municipal ou coordenador da atenção básica, como tendo maior articulação com a SMS.

A atuação intersetorial é a estratégia que abrange um conjunto amplo e diversificado de ações e projetos e exige o estabelecimento de uma série de fóruns e colegiados que discutam e estabeleçam objetivos, prioridades, estratégias, elaborem projetos, definam recursos financeiros e humanos, modalidades de acompanhamento e avaliação, e divulgação dos resultados. Na análise da atuação intersetorial da Estratégia da Saúde da Família por meio de informações coletadas em entrevistas com gestores da SMS e de outros setores selecionados, de questionários de profissionais e de inquérito com famílias cadastradas, buscou-se responder algumas questões como:

- As iniciativas de atuação intersetorial respondem a uma política municipal e a uma modalidade integrada de atuação governamental ou estão relacionadas a projetos específicos ou emergenciais (como, por exemplo, a epidemia de dengue)?
- Existem fóruns ou colegiados intersetoriais? Como estão constituídos os colegiados?
- Há corpo técnico de planejamento intersetorial ou, uma vez tomadas as decisões no colegiado, estas passam a ser planejadas setorialmente?
- Como são alocados os recursos financeiros para as ações intersetoriais? Existem recursos alocados para projetos intersetoriais? Ocorre negociação entre órgãos governamentais envolvidos para que “retirem” do orçamento aprovado recursos para este fim ou são elaborados projetos visando obter recursos adicionais, internos ou externos?
- O modo de implementação dos projetos e a execução das ações é outra característica a considerar, na medida em que os colegiados podem estabelecer prioridades que são realizadas por órgãos separados mesmo que atuem no mesmo espaço. Em que medida constituem-se equipes de planejamento e de intervenção (execução) intersetoriais que conseguem articular saberes e práticas específicas de diferentes campos de conhecimento e ação?
- Quem está no comando dos colegiados, dos projetos ou ações? Embora o setor saúde seja o mais sensível para detectar os problemas e perceber a necessidade da ação intersetorial, não necessariamente é aquele que deve estar no comando da execução. Este aspecto se reflete no escopo do diagnóstico realizado para a intervenção, que pode estar restrito ao campo da saúde e em que ficam evidentes as necessidades de ações intersetoriais ou conformam um diagnóstico da qualidade de vida em que saúde é um dos principais componentes.
- Qual é a “base” do planejamento intersetorial? Neste aspecto distinguem-se três níveis: municipal, setorial e local. O planejamento intersetorial municipal estaria relacionado, por exemplo, aos parâmetros que a literatura apresenta de “cidades saudáveis” ou “políticas saudáveis”. A base setorial refere-se ao setor saúde que contemple a modalidade de planejamento e gestão e, eventualmente, a execução de projetos e ações nos quais há interferência de aspectos relacionados a outros setores, como meio ambiente, educação e desenvolvimento social. A base micro ou local relaciona-se a um território/população definido em que há integração de um conjunto de ações e projetos

orientados por parâmetros do que poderia ser denominado de “desenvolvimento local integrado e sustentável”.

- Quais as parcerias estabelecidas pelas ESFs no nível local?
- Qual é o grau de participação da população na definição dos objetivos e das prioridades para a atuação intersetorial? Qual é o grau de controle social no acompanhamento e avaliação dessas ações?
- Nos fóruns e colegiados: como são estabelecidas as prioridades? Como é tomada a decisão: por consenso? Votação? Ad referendum? É necessário homologação? Qual é o poder decisório dos representantes das agências governamentais?
- Como são estabelecidas as articulações entre governo, comunidade e iniciativa privada (incluído ONGs e OSCIPs)? Contratos? Parcerias? Ações conjuntas episódicas? Projetos mais permanentes?

As questões propostas a partir da revisão bibliográfica realizada foram organizadas em três dimensões: campos de atuação, institucionalidade e participação social. As variáveis a analisar por dimensão são apresentadas a seguir.

Dimensões da intersectorialidade

1. Campos de atuação

- Identificação dos temas/problemas de intervenção intersectorial no nível central (SMS e outras secretarias) e no nível local pelas ESFs.

2. Institucionalidade

- Modalidades de articulação e parcerias com outros setores e organizações nos níveis central e local;
- Iniciativas de articulação intersectorial da SMS e das ESFs;
- Presença de fóruns e colegiados intersectoriais;
- Setores envolvidos da administração pública (Secretaria de Educação, Departamento de Trânsito, Secretaria de Trabalho, Secretaria de Ação Social, Vigilância Sanitária, Defesa Civil, Secretaria de Obras etc.), ONGs, OSCIPs, da iniciativa privada etc.;
- Nível de abrangência da intervenção: municipal, setorial, local;
- Destinação de recursos a ações intersectoriais;

- Processo decisório no estabelecimento de prioridades, nos colegiados, quando existentes.

3. Participação social

- Entidades envolvidas nos fóruns intersetoriais;

- Mecanismos de controle social no acompanhamento e avaliação das atividades intersetoriais;

- Participação da comunidade na realização do diagnóstico local; realização de reuniões da ESF com a comunidade.

II. METODOLOGIA

A análise do modelo assistencial da atenção básica em saúde a partir da implementação da Estratégia Saúde da Família requer estratégias diversificadas de pesquisa. Para tanto foram realizados estudos de caso com abordagem abrangente, incorporando metodologias quantitativas e qualitativas, com uso de diversas técnicas de obtenção de dados e de análise.

A realização de estudos de caso permite a compreensão abrangente do grupo/tema em estudo e o desenvolvimento de análises teóricas mais gerais sobre regularidades dos processos e estruturas sociais, considerando as múltiplas inter-relações dos fenômenos observados (Becker, 1997).

No campo da análise de políticas, a realização de estudos de caso de implementação de determinado programa implica conhecer o contexto mais geral no qual se insere o programa e incorporar as perspectivas dos diversos atores envolvidos (*stakeholders*). Estudos de caso correspondem a uma estratégia de pesquisa abrangente, que se baseia em diversas fontes de informação e de evidências, as quais devem ser trianguladas e convergir.

Estudos de caso como estratégia de pesquisa podem ser utilizados em muitos campos para aprofundar os conhecimentos sobre fenômenos não apenas individuais ou de certos grupos, mas também organizacionais, sociais e políticos. Adaptam-se principalmente ao estudo de fenômenos sociais complexos contemporâneos e permitem preservar características holísticas dos acontecimentos da vida real. São apropriados para responder perguntas de investigação para explanação do como e do porquê (Yin, 2005:34-5). Adaptam-se para explicar as dinâmicas das organizações, as inter-relações entre implementação e resultados do programa, o como e o porquê dos acontecimentos (Veney e Kaluzny, 1991:124).

Assim, segundo Yin (2005:32), um estudo de caso *“investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.”* A realização de estudos de caso possibilita a análise de situações em que há muitas variáveis de interesse e se beneficia do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta de dados.

Os estudos de caso têm lugar de destaque em pesquisas de avaliação de programas sociais. Yin (2005:34) aponta cinco aplicações possíveis: i) A mais importante é possibilitar a explicação das relações entre implementação e efeitos do programa: “supostos vínculos causais em intervenções da vida real complexas demais para outras estratégias de pesquisa”; ii) “descrever uma intervenção e o contexto da vida real em que ela ocorre”; iii) descrever e ilustrar determinado aspecto de uma avaliação; iv) explorar situações em que “a intervenção que está sendo avaliada não apresenta um conjunto simples e claro de resultados”; v) em meta-avaliações: análise de estudos de avaliação (Yin, 2005:34s).

Para Veney e Kaluzny (1991:115), estudos de caso são estratégia útil para avaliação sob certas condições. Estudos de caso selecionam uma única atividade, organização ou entidade para observação ou exemplos de organizações e permitem a observação em profundidade; contudo, isto limitaria os tipos de conclusões e de decisões que podem produzir/orientar. De natureza basicamente qualitativa, utilizam diversos métodos de coleta de dados e podem prover valiosas informações para avaliações de base mais quantitativa.

Para estes autores, estudos de caso são uma estratégia de avaliação mais efetiva quando seu propósito é prover informação para uma decisão que pode ser melhor produzida a partir da visão panorâmica de determinado programa (Veney e Kaluzny, 1991).

Veney e Kaluzny (1991:126) consideram que, sob certas circunstâncias, é possível aprender mais por meio do método de estudo de caso do que por qualquer outra técnica de avaliação, pois, como o avaliador não está sujeito a nenhum tipo específico de coleta de informações, o escopo do estudo de caso pode abranger todos os aspectos do programa a avaliar e permitir riqueza de detalhes sobre a operação do programa específico.

Estudos de caso são ferramentas particularmente úteis quando avaliadores e implementadores querem conhecer o completo funcionamento do programa, pois permitem visão abrangente ao prover informações detalhadas e conhecimento extensivo do programa em avaliação. São apropriados na avaliação de programas para os quais os processos de avaliação não foram planejados em seu projeto de implementação, não tendo sido estabelecidos grupos de comparação nem desenhado modelo lógico que relacionasse insumos, processo e produtos (Veney e Kaluzny, 1991:120).

Os estudos de caso podem também contribuir para complementar de duas formas a avaliação quantitativa de determinado programa específico. Para descrever contexto, processos e atividades e para identificar causas e determinantes dos resultados dos programas: porque as coisas acontecem de certa maneira (Veney e Kaluzny, 1991:116). Contribuem para discutir os fatores que influenciam os resultados da avaliação: as razões para a intervenção/programa ter poucos ou exitosos resultados.

Estudos de caso são frequentemente considerados como estudos exploratórios. Contudo, não são puramente exploratórios: podem prover informação para a tomada de decisão, ser um primeiro passo para responder questões sobre a efetividade do programa, ou prover informação para desenhar um sistema de avaliação com base em pesquisa de inquérito.

Veney e Kaluzny (1991:119) alertam, porém, que estudos de caso com métodos apenas qualitativos provêm informações subjetivas e que a decisão seria baseada em informação coletada na ausência de grupo controle, o que impede de examinar relações de causa e efeito. Assim, estudos de caso conformariam mais arte do que ciência.

Para estes autores, a abordagem de estudos de caso tem problemas que limitam seu uso: ausência de categorias claras, de percepção seletiva e de interatividade. No entanto, estes problemas poderiam ser minimizados (Veney e Kaluzny, 1991). É possível enfrentar o primeiro senão ao se esclarecer e estabelecer previamente ao estudo quais informações devem ser obtidas, para possibilitar a tomada de decisão e definir as categorias.

A seletividade da percepção dos entrevistadores/avaliadores ocorre na forma como as respostas são entendidas e registradas e na forma como as perguntas são formuladas. Pode levar à perda de importantes aspectos da operação do programa que não se coadunam/encaixam nas pré-concepções do avaliador (Veney e Kaluzny, 1991).

De modo a verificar se as perguntas são adequadas para produzir a informação desejada, a seletividade de percepção do avaliador pode ser reduzida por pré-teste dos roteiros de entrevistas e pelo esclarecimento das razões de determinadas perguntas (para evitar que ocasionem *self-fulfilling prophecy*). Já a interatividade entre observador e observado no processo de investigação é quase inevitável. Ainda que a observação seja o meio de obter dados acerca de uma atividade do programa em ambiente quase “natural”, a observação em si interfere. A presença do observador, registrando o que ocorre, afeta e

modela a realização das atividades; cria um ambiente não natural. Assim a análise dos dados de observação precisa ser muito cuidadosa (Veney e Kaluzny, 1991).

O principal limite dos estudos de caso para a produção de conhecimento, segundo Veney e Kaluzny (1991:127), seria a ausência de uma maneira formal de verificar relações de causa e efeito entre programa e resultados, por não haver grupo controle não submetido aos efeitos do programa para comparação. Assim, a confiança dos gestores nos resultados para orientar a tomada de decisão dependeria da confiança na objetividade e na competência do avaliador.

Na presente pesquisa buscou-se minimizar estes problemas por meio de diversas estratégias de levantamento de informações e de fontes de informação. As principais características dos estudos de caso realizados foram a pesquisa abrangente e em profundidade da singularidade da implementação da Estratégia Saúde da Família em cada município a partir de diversos métodos, técnicas, fontes de informação e perspectivas de atores, o que incluiu:

- i) Abordagem qualitativa, com análise de conteúdo de informações obtidas em entrevistas com gestores e gerentes da SMS, com gerentes de outras secretarias relacionadas a atividades intersetoriais e com representantes de entidades de profissionais de saúde;
- ii) Estudos quantitativos transversais, por meio da realização de inquéritos com amostras de profissionais de saúde das equipes de saúde da família: médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde;
- iii) Inquérito em amostra de famílias cadastradas;
- iv) Análise de dados secundários para a caracterização sociodemográfica e sanitária do município;
- v) Análise documental.

Para levantamento dos dados foram revisados e adaptados instrumentos de pesquisa utilizados em estudo anterior (MS, 2002; Escorel et al., 2005) que incorporou informações obtidas dos gestores, dos profissionais de saúde e das famílias cadastradas no PSF.

MUNICÍPIOS SELECIONADOS

Os municípios foram selecionados de forma intencional de modo a escolher experiências consolidadas considerando-se: elevada cobertura populacional do PSF (> 50%), o grau de institucionalização da estratégia (Mendes, 2002)³, tempo de implementação mínimo de cinco anos e presença de práticas inovadoras e bem sucedidas na mudança do modelo assistencial, identificadas a partir de entrevistas com informantes-chave do Ministério da Saúde.

Tabela 1 – Critérios de seleção e características dos municípios caso estudados, 2007

Critérios/ Características	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória
Ano de implantação do PSF	1998	2002	1998	1998
Cobertura populacional do PSF > de 50%	86,7%	69,6%	71,3%	60,1%
Número de ESF implantadas*	127 (128)	484 (504)	84 (84)	56(62)
Número de UBS	50	145	48	30
Presença de práticas inovadoras preliminarmente identificadas	Acolhimento	Acolhimento Integração da rede	USF campo de prática para graduação	Intersetorialidade Adesão AMQ
População municipal 2007	505.286	2.399.920	406.564	317.085
Região do país	Nordeste	Sudeste	Sul	Sudeste
Habilitação em gestão plena do sistema municipal	Sim	Sim	Não	Não

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

* Entre parênteses, maior número de ESFs registradas no SIAB até fevereiro de 2008. Outros dados, dezembro de 2007.

Buscou-se também contemplar diferentes portes populacionais entre aqueles com mais de 100 mil habitantes e alguma distribuição pelas regiões do país. As cidades selecionadas foram Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória. A repetição de

³ Mendes (2002) sugere uma tipologia para avaliar a institucionalização da estratégia saúde da família em quatro estágios: i) Transição inicial – cobertura 10 a 25% - instabilidade institucional; ii) Transição intermediária – cobertura 25 a 50% - baixa institucionalidade; iii) Transição terminal – cobertura 50 a 70% - institucionalização diferenciada: espaços político (discurso e prática), serviços de saúde (posição da APS na rede de serviços/ atributos Starfield), e menor no espaço educacional (formação dos profissionais), corporativo (organização dos profissionais de APS) e espaço da representação populacional: saúde da família como valor societal; iv) Momento de consolidação – cobertura maior de 70% e institucionalização nos 5 espaços, ainda que de forma assimétrica.

estudos de caso em dois municípios contemplados no estudo anterior (Aracaju e Vitória) teve por propósito analisar a evolução ao longo do tempo da Estratégia Saúde da Família consolidadas e que haviam sido relativamente bem avaliadas em estudo anterior por meio da comparação de alguns resultados entre 2002 e 2008.

INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Os casos foram estudados considerando as perspectivas dos principais atores envolvidos (*stakeholders*): gestores e gerentes de saúde, profissionais das equipes de saúde da família (ESFs) e famílias cadastradas. As principais fontes de informação foram entrevistas a partir de roteiros semiestruturados realizadas com gestores e gerentes municipais, questionários autopreenchidos pelos profissionais das ESFs e questionários fechados, aplicados a uma amostra de famílias cadastradas que foi entrevistada em seus domicílios.

Entrevistas semiestruturadas com o gestor e gerentes municipais

Para conhecer a perspectivas dos gestores e analisar a integração e a intersectorialidade desde a perspectiva da gestão do sistema municipal foram realizadas entrevistas com informantes-chave, selecionados intencionalmente por ocuparem posições na gerência relacionadas aos temas de estudo, em especial os gestores de atenção básica, os responsáveis por departamentos relativos aos diversos níveis assistenciais e ao mecanismo de integração e atuação intersectorial.

As entrevistas realizadas com os secretários municipais de saúde e com coordenadores da Estratégia Saúde da Família foram orientadas por roteiro semiestruturado em torno de seis tópicos:

- Processo de implementação do PSF – motivações para a expansão da Estratégia Saúde da Família, contexto político-institucional, posicionamento de atores no momento atual, estratégias utilizadas e etapas de implementação;
- Organização e gestão da ESF – coordenação, supervisão, monitoramento e avaliação;
- Integração à rede assistencial, coordenação e continuidade dos cuidados e mudanças do modelo de atenção básica – posição da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial, porta de entrada preferencial do sistema, estratégias de integração do PSF à rede de serviços, mecanismos de referência e contrarreferência, resultados da

experiência de integração, principais dificuldades e ajustes necessários para a constituição da rede integrada de serviços de saúde;

- Intersetorialidade: identificação dos temas/problemas de intervenção intersetorial, iniciativas da SMS, modalidades de articulação e parcerias entre setores, participação social;
- Gestão e capacitação de recursos humanos – modalidades de seleção, processos de contratação, estratégias utilizadas para atrair e fixar recursos humanos, rotatividade dos integrantes das ESFs e modalidades de capacitação para atuação nessas equipes;
- Fatores limitantes e facilitadores para implementação e desempenho adequado da ESF – perspectivas e condições necessárias para sua expansão, avaliação do entrevistado sobre dificuldades atuais para efetivação da estratégia, aspectos positivos da implantação.

As entrevistas com os demais gerentes municipais seguiram este roteiro geral de tópicos comuns, acrescidos de itens específicos sobre o papel do setor correspondente na relação com a Estratégia Saúde da Família e no desenvolvimento de estratégias de integração/coordenação/continuidade e intersetorialidade.

Questionários de autopreenchimento para os integrantes das Equipes de Saúde da Família

Junto aos profissionais foram aplicados três instrumentos de pesquisa específicos: para profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros), para auxiliares de enfermagem e para agentes comunitários de saúde. Os questionários dos profissionais são estruturados ao redor de cinco tópicos:

- Perfil do profissional – idade, sexo, escolaridade e experiência anterior de trabalho;
- Inserção e capacitação da ESF;
- Organização do trabalho em equipe;
- Avaliação da integração da rede e da coordenação dos cuidados;
- Desenvolvimento de ações intersetoriais.

Questionário aplicado a famílias usuárias da Estratégia Saúde da Família

À amostra selecionada de famílias cadastradas foi aplicado, nos domicílios, um questionário estruturado. O informante familiar foi o chefe da família ou cônjuge, de

modo a garantir a informação mais precisa. O questionário destinado às famílias usuárias do PSF está estruturado nos seguintes tópicos:

- Caracterização dos moradores e famílias;
- Características do domicílio;
- Conhecimento do PSF;
- Demanda e uso dos serviços de saúde;
- Uso do PSF;
- Encaminhamento a especialistas;
- Realização de exames;
- Avaliação das ações do ACS;
- Satisfação com a USF e a ESF;
- Portadores de doenças crônicas: presença e acompanhamento – hipertensos, diabéticos e acamados;
- Acompanhamento de grávidas;
- Acompanhamento crescimento e desenvolvimento infantil;
- Problemas de saúde de seu bairro ou comunidade;
- Violência;
- Participação social;
- Avaliação do PSF pelas famílias.

DESENHO DA AMOSTRA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E FAMÍLIAS

O plano de amostragem é do tipo conglomerado em três estágios de seleção, a saber: equipe de saúde da família como unidade primária de amostragem, agente comunitário de saúde da família como unidade secundária de amostragem e, como unidade elementar, a família cadastrada. Assim, para cada agente de saúde selecionado, cinco famílias foram sorteadas aleatoriamente do conjunto de famílias da microárea sob responsabilidade do ACS selecionado.

A população de pesquisa é composta pelos profissionais de todas as equipes de saúde da família existentes nos municípios de Aracaju, Belo Horizonte, Vitória e Florianópolis

em 31 de dezembro de 2007, bem como pelas famílias atendidas por essas equipes. Assim, são excluídas da população de pesquisa (e, portanto, da amostra) as equipes de saúde da família com atuação inferior a seis meses, não havendo critério de exclusão para as famílias.

O cadastro de seleção da amostra de profissionais de saúde foi obtido a partir dos registros administrativos e contém dados sobre os profissionais de todas as equipes de saúde disponibilizados pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Para as famílias, o cadastro de seleção deriva do cadastro de famílias de cada agente comunitário de saúde (ACS) que for selecionado para a amostra.

Os dados do cadastro de seleção indicam a existência de 143 estabelecimentos do Programa de Saúde da Família com 469 equipes existentes em Belo Horizonte na data de referência (Tabela 1).

Tabela 2 – Número de estabelecimentos, equipes e profissionais de saúde e número de famílias cadastradas por município de pesquisa

Estabelecimentos, equipes, profissionais e famílias	Total	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória
Estabelecimentos de saúde da família	261	43	143	56	19
Equipes de Saúde da Família (ESF)	728	127	469	79	53
Médicos	729	127	468	79	55
Enfermeiros	740	127	477	79	57
Auxiliares de enfermagem	1 134	127	867	27	113
Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	3 515	745	2 076	462	232
Média de ACS por ESF	5	6	4	6	4
Famílias cadastradas SF	617 426	127 214	346 692	86 120	57 400
Média de famílias cadastradas por ACS	176	171	167	186	247

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Em termos estatísticos, o desenho da amostra da pesquisa é estratificado pelos municípios abrangidos e conglomerado por equipe de saúde da família e ACS, com exceção para Florianópolis e Vitória, onde a conglomeração será apenas por ACS, como indicado adiante.

Uma aproximação usual para o tamanho de amostra aleatória simples [representado por n_{AAS}] é dado pela expressão (1).

$$(1) \quad n_{AAS} = \frac{1,96^2 \times V_y^2}{k_r^2}, \text{ onde}$$

V_y^2 é a variância da variável de interesse y ; e

k_r é o erro relativo máximo aceitável para a estimativa da média de y .

Essa expressão pressupõe: (1) um nível de confiança de 95% [representado pelo valor 1,96, da abscissa da distribuição normal (0;1)] de que a estimativa de média tenha um erro relativo máximo k_r ; e (2) que o tamanho da população seja grande (supõe-se que $N \rightarrow \infty$).

Apesar de simples, esta expressão depende do valor desconhecido da variância de y , ou seja, de V_y^2 . Entretanto, para grande número de situações de interesse prático, é possível estimar ou estabelecer uma cota superior para essa variância e, com isso, determinar um tamanho de amostra que funcione bem para estimar a média com margem de erro controlada, qualquer que seja o verdadeiro valor de V_y^2 menor ou igual que o valor desta cota superior.

No caso em questão, y é uma variável indicadora da posse de um atributo ou característica e sua variância é dada pela expressão abaixo:

$$(2) \quad V_y^2 = \frac{P(1-P)}{P^2} = \frac{1-P}{P} \quad \text{onde,}$$

P é a proporção de unidades na população que possuem o atributo de interesse (e também é a média populacional da variável y).

Nesse caso, é fácil verificar que V_y^2 é uma função monótona decrescente de P , para P no intervalo (0;1). Logo, se o interesse for estimar proporções iguais ou maiores que P_0 (digamos, $P_0 = 0,1 = 10\%$) com erro relativo máximo de 30% ($k_r = 0,30 = 30\%$), a variância descrita em (2) conduz a:

$$(3) \quad V_y^2 \leq \frac{1-P_0}{P_0} = \frac{0,90}{0,1} = 9.$$

Neste caso, o tamanho de uma amostra aleatória simples para estimar proporções maiores ou iguais a 0,1, com erro máximo de 3% ($= P_0 \times k_r = 0,1 \times 0,30 = 0,03 = 3\%$), obtido pela expressão (1), corresponde a:

$$(4) \quad n_{AAS} = \frac{1,96^2 \times V_y^2}{k_r^2} = \frac{1,96^2 \times 9}{0,3^2} \cong 384.$$

No entanto, o desenho amostral da pesquisa é complexo, pois combina estratificação geográfica e conglomeração (seleção de equipes e ACS). Uma aproximação razoável para o tamanho de amostra pode ser obtida ao se multiplicar o tamanho da amostra aleatória simples pelo efeito de desenho (deff) de um plano conglomerado semelhante. O efeito de desenho foi definido por Kish (1995) como:

$$(5) \quad \text{deff} = \frac{V_{AC}^2(\bar{y})}{V_{AAS}^2(\bar{y})}.$$

Assim, o tamanho de uma amostra conglomerada pode ser determinado pelo produto entre o tamanho de uma amostra aleatória simples e o efeito de desenho, como indicado na expressão abaixo:

$$(6) \quad n_{AC} = n_{AAS} \times \text{deff}$$

Para cálculo do efeito do desenho, foram usados os dados da pesquisa “Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos”, realizada em 2001-2002, cuja descrição resumida do desenho de amostra consta na publicação consultada (MS, 2005).

Com os dados desse inquérito, foram calculados os desvios padrão dos estimadores de média, considerando o desenho de amostra complexo do inquérito e supondo que os dados provinham de uma amostra aleatória simples para um conjunto de profissionais e de famílias, que constam da Tabela 2.

Tabela 3 – Efeito do desenho para algumas variáveis de famílias e profissionais

Variáveis	Desvio padrão da média ⁽¹⁾		Deff ⁽²⁾
	Amostra conglo- merada (AC)	Amostra aleatória simples (AAS)	
Das famílias			
Número de moradores	0,0753	0,0640	1,3854
Número de cômodos	0,0919	0,0603	2,3233
Paredes de alvenaria	0,0107	0,0077	1,9461
Já ouviu falar do PSF?	0,0130	0,0114	1,2936
Dos profissionais			
Número de homens	0,0235	0,0252	0,8684
Até 40 anos de idade	0,0276	0,0297	0,8631
Atua no PSF até 2 anos	0,0273	0,0290	0,8887
Remuneração bruta no PSF de até R\$ 3 000,00	0,0182	0,0279	0,4239
Programação é discutida regularmente pela equipe?	0,0241	0,0246	0,9553
PSF mudou a relação entre serviço e população?	0,0243	0,0246	0,9728

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

⁽¹⁾ Também chamado de erro padrão do estimador da média.

⁽²⁾ Corresponde à razão dos quadrados dos erros padrão da AC e AAS.

Considerando que os maiores efeitos de desenho foram encontrados nas variáveis de família, variando entre 1,29 e 2,32 optou-se por usar um efeito de desenho igual a 2, o que conduz a uma amostra de 768 famílias para estimar proporções maiores ou iguais a 0,1, com erro máximo de 3%. Este tamanho de amostra é aplicado a cada município da pesquisa.

Supondo a seleção de cinco famílias por ACS, obtém-se o tamanho da amostra de ACS. Considerando a seleção de dois ACS por equipe, obtém-se um número de equipes a selecionar, como indica a Tabela 4. Observa-se que, no caso de Vitória, foi necessário selecionar três ACS por equipe, tendo em vista o pequeno número de equipes. No caso de Florianópolis, esse método resultou em um censo das equipes, assim como em Vitória.

Tabela 4 – Tamanho da amostra de equipes, profissionais e famílias por município de pesquisa

Equipes, profissionais e famílias	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória	Total
Equipes de saúde da família	80	90	79	53	302
Médicos	80	90	79	53	302
Enfermeiros	80	90	79	53	302
Auxiliares de enfermagem	80	90	79	53	302
Agentes comunitários de saúde (ACS) ⁽¹⁾	160	180	158	159	657
Famílias a selecionar por ACS	5	5	5	5	5
Famílias	800	900	790	795	3.285
Número total questionários profissionais	400	450	395	318	1.563
Número total estimado de questionários	1.200	1.350	1.185	1.113	4.848

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

⁽¹⁾ Dois ACS selecionados por equipe, exceto em Vitória, onde foram selecionados três.

Em cada equipe selecionada foram entrevistados um médico de saúde da família, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem. No caso dos auxiliares/técnicos de enfermagem efetuou-se uma seleção aleatória para determinar o entrevistado.

Assim, para Belo Horizonte, foram definidas uma amostra de 900 famílias cadastradas e amostras com 90 médicos, 90 enfermeiros, 90 auxiliares/técnicos de enfermagem e 180 agentes comunitários de saúde das equipes de saúde da família.

Seleção das amostras de profissionais e famílias

Os questionários para os profissionais de saúde da equipe de saúde da família (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) foram autoaplicados e distribuídos por pesquisadores de campo supervisionados por um coordenador do trabalho de campo.

A seleção da amostra de profissionais de saúde foi feita aleatoriamente, a partir dos registros administrativos, com os dados dos profissionais de saúde cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e disponibilizados pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS). As ESFs foram selecionadas aleatoriamente, identificando-se o seu médico e enfermeiro. De cada ESF selecionada foi escolhido aleatoriamente um auxiliar/técnico de enfermagem e três ACSs.

Com relação às famílias, foram consideradas aquelas cadastradas no programa, que foram entrevistadas por pesquisadores de campo devidamente treinados com a aplicação

de questionário em seu domicílio. Para as famílias, o critério de inclusão foi moradores de áreas cobertas pelo PSF, sendo o chefe do domicílio ou seu cônjuge o informante-chave. Não há critérios de exclusão.

Com a utilização de uma planilha para cada equipe de saúde da família, que continha as informações dos profissionais de saúde sorteados e o número de famílias adscritas a cada ACS, foi possível selecionar aleatoriamente e de forma sistemática os números de ordem de cada família de cada agente comunitário de saúde selecionado. Com base nesses números, as famílias foram identificadas através do cadastro informatizado mantido no nível central da SMS BH.

ETAPAS DA PESQUISA

Caracterização sociodemográfica e sanitária dos municípios

Antes do início do trabalho de campo da pesquisa foram efetuados levantamentos de informações em diversos bancos de dados de diferentes instituições (IBGE, Datasus, Ripsa, SIAB, CNES, Atlas de Desenvolvimento Humano, Atlas de Exclusão Social no Brasil) visando à caracterização dos municípios em relação aos aspectos demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos e ao sistema municipal de saúde.

Trabalho de campo com gestores e gerentes

Visita e contato inicial

O estudo de caso de Belo Horizonte foi iniciado em maio de 2008 a partir de contato com o secretário municipal de saúde e os responsáveis pela Estratégia Saúde da Família no município, com envio de correspondência do DAB/SAS/MS e do Nupes/Ensp, apresentando o projeto de pesquisa, solicitando autorização para a realização do estudo e o agendamento da visita inicial ao município. Antes do início da investigação, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-BH. O projeto de pesquisa foi aprovado com Parecer 035/2008 CEP-SMSA-PBH.

A visita foi iniciada pela apresentação da pesquisa e suas fases de desenvolvimento à coordenação da atenção básica e ao secretário municipal de saúde com obtenção de autorização para sua realização. Orientada por roteiro de visita, a visita inicial foi realizada por duas integrantes da equipe de coordenação da pesquisa, com duração de quatro dias (10 a 13 de junho de 2008).

Durante a visita foram feitas as entrevistas com a coordenadora de Atenção Básica (em duas sessões – primeiro e segundo dia), com o Secretário Municipal de Saúde (12 de junho) e visitadas quatro unidades básicas de saúde.

A visita às unidades básicas seguiu roteiro de observação previamente definido. Foram visitados quatro Centros de Saúde com Saúde da Família em diferentes regiões da cidade. Durante as visitas foram entrevistados os gerentes das unidades – que, em Belo Horizonte, são profissionais de nível superior com função específica de gerente. A denominação Centros de Saúde com Saúde da Família nos pareceu a mais adequada para as USF, pois se tratava de unidades básicas preexistentes, nas quais foram instaladas equipes de saúde da família, que seguem contando com o apoio de outros serviços e profissionais.

Foi também iniciada a preparação da realização do trabalho de campo, definindo interlocutor-chave para apoio ao trabalho de campo com gerentes da SMS, com profissionais e com famílias. Foram identificados os gerentes a entrevistar e agendadas datas para entrevistas.

Preencheu-se o instrumento de Informações Básicas com o objetivo de identificar: composição e perfil da coordenação do PSF; histórico da descentralização; capacidade instalada da PSF (equipes, número e tipo de unidades); número de ESF por unidade, vínculos e salários por categoria profissional nas ESFs e na rede de Atenção Básica tradicional.

Entrevistas com gerentes

A segunda etapa do trabalho de campo ocorreu no período de 23 a 26 de junho de 2008 com entrevistas de gerentes e gestores. Duas pesquisadoras assistentes entrevistaram gerentes da SMS, gerentes de outras secretarias participantes de atividades intersetoriais e representantes de entidades de profissionais.

Em Belo Horizonte foram realizadas 22 entrevistas com gestores e gerentes, 14 dos quais eram gerentes da SMS (incluindo 4 gerentes de UBS), 5 gestores de outros setores participantes de atividades intersetoriais e 3 representantes de entidades de profissionais de saúde.

Em cada cidade, além do secretário municipal de saúde e coordenador da Estratégia Saúde da Família, foram entrevistados gerentes responsáveis por: regulação da atenção hospitalar/central de regulação de leitos, regulação do acesso à atenção especializada/

central de marcação de consultas, setor de autorização de exames, coordenação vigilância epidemiológica/saúde coletiva, coordenador de programas, setor responsável pela gestão de recursos humanos do PSF.

Além dos gerentes da Saúde, foram entrevistados gestores de políticas públicas de outros setores indicados pela SMS: os gestores das secretarias municipais de Educação e de Política Social e da Superintendência de Limpeza Urbana.

Considerando-se que um dos principais desafios para a adequada implementação da Estratégia Saúde da Família é a adesão dos profissionais, foram também entrevistados dirigentes de entidades representativas de profissionais de saúde. No caso de Belo Horizonte: Sindicato dos Médicos, Conselho Regional de Enfermagem (COREN) de Minas Gerais e a Associação Mineira de Medicina de Família e da Comunidade.

As entrevistas com informantes-chave foram gravadas, editadas, seu conteúdo foi analisado conforme as dimensões de cada eixo de análise e cotejado às experiências e às percepções de profissionais e famílias cadastradas pesquisadas.

Trabalho de campo com profissionais de saúde das ESF

A aplicação de questionários autoperenchidos para os integrantes das equipes de Saúde da Família foi realizada no mês de agosto de 2008.

Os questionários foram entregues aos profissionais das ESFs nas unidades de saúde por pesquisadores de campo treinados e recolhidos após o período agendado pelo pesquisador. Em muitos casos, os questionários foram entregues aos profissionais nos primeiros dias de campo, entretanto foram devolvidos somente ao final, às vezes até após o prazo estipulado inicialmente.

Casos de substituição de profissionais da amostra foram decorrentes da constatação de profissionais que deixaram o cargo, seja por mudança de equipe PSF seja por rescisão do vínculo de trabalho na UBS, sendo substituídos pelo novo profissional da equipe. Em casos de equipes incompletas, médicos e enfermeiros não foram substituídos. Ocorreram casos de médicos que não existiam na equipe ou que saíram da UBS e não havia outro na mesma equipe para substituir, o que envolveu algumas perdas no número de entrevistados da amostra.

Em Belo Horizonte foram aplicados questionários a um total de 406 profissionais das ESFs, dos quais eram 72 médicos, 75 enfermeiros, 89 auxiliares/técnicos de enfermagem e 170 ACS.

Houve 44 perdas entre os diversos profissionais das ESFs por diversos motivos, conforme especificado na tabela abaixo, quais sejam: a não existência do profissional na ESF (20), férias (10), não devolução do questionário (5), recusa (5) e licença-maternidade ou doença (4).

Tabela 5 – Número de entrevistas no universo, na amostra (prevista e realizada) e percentual de perdas por tipo de questionário

Questionários	Universo	Amostra	Realizada	Perdas	% Perdas
Famílias	345.000	900	900	-	-
Médicos	468	90	72	18	20,0
Enfermeiros	477	90	75	15	16,7
Auxiliares/Técnicos de Enfermagem	867	90	89	1	1,1
Agentes Comunitários de Saúde	2.076	180	170	10	5,6

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Trabalho de campo com famílias cadastradas às ESF

À amostra selecionada de famílias cadastradas foi aplicado um questionário por pesquisadores de campo nos domicílios. Estes foram submetidos a extenso e rigoroso programa de treinamento, de modo a garantir uniformidade na aplicação dos questionários, com participação da coordenação geral da pesquisa. A aplicação foi supervisionada por supervisores de campo treinados e pelo coordenador de campo, todos da empresa contratada para realização do trabalho de campo. O trabalho de campo realizado pela empresa contratada foi supervisionado por pesquisadores do grupo de coordenação da Ensp.

O trabalho de campo com famílias foi desenvolvido no mês de agosto de 2008. Para sua realização, houve dificuldade inicialmente com os endereços da amostra, os quais, algumas vezes, inclusive, não correspondiam à microárea do ACS. Para a solução destes casos verificou-se o número de famílias atendidas pelo ACS e se fez novo sorteio. A partir dos números sorteados, o endereço da residência correspondente ao número sorteado foi identificado no arquivo de endereços de famílias do ACS selecionado.

Ocorreu também de o número da residência descrito na amostra não existir ou corresponder a um estabelecimento comercial e ser necessário, após o esgotamento da lista de reposição, recorrer ao número anterior ou seguinte da residência inicialmente selecionada e a verificação da sua cobertura pelo agente de referência.

Com as substituições de famílias sistematicamente realizadas, o número de famílias estimado para a amostra foi completado, realizando-se 900 entrevistas de famílias.

Processamento dos dados e crítica

A crítica foi feita pelos próprios pesquisadores, que receberam treinamento específico da empresa contratada. Para a checagem de respostas e controle dos pesquisadores de campo 15% dos questionários foram escolhidos aleatoriamente e realizado um retorno por telefone às famílias entrevistadas. Concluiu-se que os questionários foram corretamente aplicados e que as informações coletadas eram verídicas.

O procedimento geral utilizado para processamento de dados e para a crítica dos resultados obtidos tanto nos questionários dos integrantes das ESFs quanto nos aplicados às famílias usuárias da ESF consistiu de: inspeção visual da produção de cada entrevistador antes da digitação dos dados, de modo a detectar e corrigir erros estruturais; codificação das perguntas abertas de acordo com dicionários de códigos preparados e atualizados durante o trabalho; entrada de dados em microcomputadores, com crítica de validação dos campos durante a digitação; e crítica de consistência dos dados, incluindo verificação da codificação, da digitação e da consistência entre as variáveis, para a correção pontual dos erros detectados.

Para orientar a tabulação dos dados, um plano tabular foi elaborado, cobrindo toda a informação coletada seguindo as dimensões dos eixos de análise.

Sistematização e análise das informações dos estudos de caso

O conjunto de informações de cada município foi sistematizado e analisado, tendo por referência o Plano de Análise dos Estudos de Caso correspondente aos objetivos da pesquisa. O presente relatório de caso está constituído pelas seguintes partes:

- Características municipais sociodemográficas e sanitárias;
- Características de vulnerabilidade das famílias cadastradas;
- Contexto político institucional e processo de implementação da Estratégia Saúde da Família – processo e etapas da implementação/consolidação, concepção do modelo implementado, institucionalidade, participação/posição de *stakeholders*;
- Gestão do trabalho em Saúde da Família – perfil dos profissionais das equipes, inserção dos profissionais, estratégias de fixação, capacitação das ESFs, supervisão dos

profissionais, trabalho em equipe, avaliação das entidades representativas sobre a gestão do trabalho em Saúde da Família no município;

- Organização do processo de trabalho e de práticas assistenciais das equipes de saúde da família;
- Conhecimento e acesso ao PSF;
- Posição da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial – a porta de entrada preferencial, serviços de procura regular, estratégias de atendimento à demanda espontânea;
- Integração da Estratégia Saúde da Família à rede de serviços de saúde: acesso das famílias usuárias à atenção especializada, à atenção hospitalar, aos serviços de urgência; estratégias de integração à rede assistencial, avaliação das ESFs quanto à atenção integral prestada; integração da Estratégia Saúde da Família com programas de saúde coletiva e ações de vigilância à saúde;
- Coordenação dos cuidados – estratégias, continuidade informacional, avaliação da coordenação por profissionais;
- Intersetorialidade – iniciativas da Secretaria Municipal de Saúde de articulação com outros setores de políticas públicas e o papel desempenhado pela Estratégia Saúde da Família: temas/problemas de intervenção intersetorial, modalidades de articulação e parcerias entre setores, intervenção intersetorial das equipes, participação social, problemas prioritários e da situação de saúde no bairro identificados pelas famílias;
- Acompanhamento das famílias e dos grupos prioritários;
- Avaliação das famílias dos atendimentos pelas ESFs e atuação do ACS;
- Desafios e propostas de expansão e consolidação da Estratégia Saúde da Família;
- Fatores facilitadores e limitantes da implementação e consolidação da Estratégia Saúde da Família em grande centros urbanos: conclusões da avaliação do processo de sua implementação nos municípios estudados, organizadas segundo os eixos de análise integração/coordenação dos cuidados e à intersetorialidade, identificando os fatores que facilitam e dificultam a consolidação da Estratégia Saúde da Família nos municípios.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Ensp/Fiocruz (Parecer 27/08) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CEP SMSA-PBH Parecer 35/2008).

Na realização da pesquisa foram contempladas todas as exigências da resolução 196/96 do CNS no que concerne à ética em pesquisa que envolve seres humanos. A todos os entrevistados foi solicitada a participação voluntária na pesquisa, apresentando-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e informando os objetivos do estudo, a não obrigatoriedade de participação no estudo e a possibilidade de retirar-se a qualquer momento.

As informações obtidas através da pesquisa são confidenciais, assegurando-se o sigilo na participação de profissionais de saúde e das famílias cadastradas pela Estratégia Saúde da Família. A confidencialidade dos dados é garantida por meio de codificação de questionários para a entrada de dados e a divulgação de resultados de forma agregada, sem possibilitar a identificação dos sujeitos da pesquisa. Aos gestores que porventura possam ser identificados já que são em número pequeno, foi solicitada a autorização para que suas opiniões fossem divulgadas.

III. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E SANITÁRIA DE BELO HORIZONTE (MG)

1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS

O município de Belo Horizonte é centro regional do estado de Minas Gerais e sua capital. Possui população de 2.424.295 habitantes, por estimativa para 2007, e alta densidade demográfica de 6.718 hab/km². A população é essencialmente urbana, concentrando na cidade 100% dos seus residentes. É predominantemente feminina (52,8%), contando 7% de habitantes menores de cinco anos de idade e 10% de habitantes com 65 anos e mais de idade (Datusus, 2008; IBGE, 2000; IDB, 2006).

A taxa de analfabetismo entre a população com mais de 15 anos de idade é pouco maior que 4%, e a proporção de pessoas com mais de 10 anos de idade que tem apenas quatro anos de estudos é de 14%, índice bastante inferior à média da região sudeste (22%), bem como, à média nacional (30%). O Produto Interno Bruto (PIB) per capita é de R\$10.428 e 22,5% da sua população é considerada pobre, ou seja, dispõe de renda familiar per capita até ½ salário mínimo (IDB, 2006; IBGE, 2004).

A taxa de desemprego na região metropolitana de Belo Horizonte, em 2005, está em torno de 12% (percentual da população residente economicamente ativa que se encontra sem trabalho) (IDB, 2006).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) é composto por três dimensões: longevidade (esperança de vida ao nascer), educação (taxa de analfabetismo e número de anos de estudo) e renda (renda familiar per capita). Em Belo Horizonte, o IDH-M é de 0,839, classificado como alto¹ (PNUD, 2000).

¹ O Índice Desenvolvimento Humano Municipal varia de zero (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (desenvolvimento humano total). IDH até 0,499 indica desenvolvimento humano baixo; os índices entre 0,500 e 0,799 são considerados de médio desenvolvimento humano; IDH maior que 0,800 é considerado desenvolvimento humano alto (PNUD, 2000).

Tabela 1 – Indicadores demográficos e socioeconômicos, Belo Horizonte (MG)

Características demográficas	Ano	n	%
População total ¹	2007	2.424.295	100,0
População masculina ¹	2007	1.145.004	47,2
População feminina ¹	2007	1.279.291	52,8
Proporção de menores de 5 anos de idade na população ²	2005		7,2
Proporção de idosos na população (65 e mais anos) ²	2005		10,1
% População urbana ³	2000		100,0
Densidade demográfica ⁴ (hab/km ²)	2000		6.718
Características socioeconômicas	Ano	valor	
Taxa de analfabetismo (% na população de 15 e mais anos de idade) ²	2000		4,6
% População com menos de 4 anos de estudo (10 e mais anos de idade) ³	2000		14,3
PIB per capita ⁵	2004		R\$11.951
Proporção de pessoas com renda familiar per capita até ½ salário mínimo na região metropolitana ²	2005		22,5
Taxa de desemprego na região metropolitana ²	2005		12,3
IDH-M ⁴	2000		0,839

Fonte: ¹ Datasus, Informações de Saúde, demográficas e socioeconômicas, 2008.

² IDB, 2006.

³ IBGE – Censo Demográfico, 2000 <http://www.ibge.gov.br>

⁴ Atlas do Desenvolvimento Humano, 2000.

⁵ IBGE - Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Contas Nacionais <http://www.ibge.gov.br>

Em Belo Horizonte, 69% das famílias residentes em domicílios particulares são compostas por dois a quatro integrantes. A composição familiar mais comum é a de três integrantes (24%). Pessoas sozinhas representam cerca de 10% das famílias do município, enquanto 5% são famílias compostas de seis integrantes e 3% têm sete ou mais integrantes.

Se a análise partir do ponto de vista do número de pessoas residentes em domicílios particulares, o cenário pouco se modificará. A metade dos residentes em domicílios particulares se concentra entre três e quatro pessoas por residência (49%); 19% das pessoas vivem em domicílios com cinco pessoas; 14% com duas pessoas; 8% com seis pessoas, 7% com sete ou mais pessoas e apenas 3% dos residentes vivem sozinhos (IBGE, 2000).

Tabela 2 – Famílias e pessoas residentes em domicílios particulares por número de componentes das famílias, Belo Horizonte (MG) e Brasil, 2000

Número de componentes das famílias	Belo Horizonte Famílias residentes		Belo Horizonte Pessoas residentes		Brasil Pessoas residentes	
	n	%	n	%	n	%
1 pessoa	68.578	10,2	68.578	3,1	4.021.987	2,4
2 pessoas	151.397	22,6	302.794	13,6	20.744.314	12,2
3 pessoas	161.995	24,2	485.984	21,8	35.096.322	20,7
4 pessoas	152.188	22,7	608.754	27,3	43.923.934	25,9
5 pessoas	84.472	12,6	422.362	18,9	30.860.013	18,2
6 pessoas	32.093	4,8	192.555	8,6	16.124.619	9,5
7 e mais pessoas	19.707	2,9	150.462	6,7	18.511.372	10,9
Total	670.429	100,0	2.231.488	100,0	169.282.561	100,0

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2000.

Entre as famílias residentes em domicílios particulares de Belo Horizonte, segundo tipos de composição familiar, predominam casais com filhos (45%) e, em seguida, mulheres sem cônjuge, responsáveis pela família e com filhos (17%); logo depois estão as pessoas que moram sozinhas (11%) e os casais sem filhos (10%) (IBGE, 2000).

Tabela 3 – Famílias residentes em domicílios particulares por tipo de composição familiar, Belo Horizonte (MG) e Brasil, 2000

Tipo de composição familiar	Belo Horizonte Famílias em domicílios particulares		Brasil Famílias em domicílios particulares	
	n	%	n	%
Casal com filhos	302.111	45,1	23.915.114	49,5
Mulher responsável pela família sem cônjuge com filhos	111.859	16,7	6.047.642	12,5
Pessoa sozinha	72.580	10,8	4.126.487	8,5
Casal sem filhos	68.855	10,3	5.783.249	12,0
Casal com filhos e com parentes	30.743	4,6	2.971.770	6,2
Mulher responsável pela família sem cônjuge com filhos e com parentes	23.963	3,6	1.542.016	3,2
Homem responsável pela família sem cônjuge com filhos	11.870	1,8	762.871	1,6
Casal sem filhos e com parentes	7.374	1,1	881.206	1,8
Duas ou mais pessoas sem parentesco	2.834	0,4	142.627	0,3
Homem responsável pela família sem cônjuge com filhos e com parentes	2.326	0,3	187.324	0,4
Outro	35.915	5,3	1.902.478	3,9
Total	670.429	100,0	48.262.786	100,0

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2000.

O fenômeno da exclusão social se manifesta de maneira cada vez mais complexa e se expressa em diferentes componentes. Portanto, não cabe fazer uma análise linear e reconhecer a exclusão social apenas por oposição à condição de inclusão social. O desenvolvimento de um país pode gerar condições de inclusão ao mesmo tempo em que gera exclusão (Pochmann e Amorim, 2003: 9-10).

Os estados das regiões Sudeste e Sul do país são os que apresentam as menores áreas de exclusão social. No Sudeste, Minas Gerais é o que mostra a maior proporção de municípios em situação de exclusão, sobretudo o norte do estado.

O Índice de Exclusão Social construído por Pochmann e Amorim (2003) é constituído por três componentes: *i) padrão de vida digno*, que investiga as possibilidades de bem-estar material da população; *ii) conhecimento*, que busca qualificar a participação da população na transmissão técnico-cultural da sociedade; e *iii) Índice de Vulnerabilidade Juvenil*, que leva em consideração o risco de a população mais jovem se envolver em ações criminosas. Esse índice varia de 0 a 1, tendo-se em 1 a melhor situação social, ou seja, a inclusão.

Por esse índice, os municípios da região Sudeste, em sua maioria, não podem ser considerados em situação de elevada exclusão. No entanto, as realidades dos municípios, principalmente os mais populosos, abrigam grandes desigualdades internas (Pochmann e Amorim, 2003: 73).

Belo Horizonte tem o Índice de Exclusão Social igual a 0,710, o que lhe garante a 14ª posição na classificação nacional de melhor situação social entre os municípios brasileiros. Os pontos de maior fragilidade no município são a desigualdade (0,475) e o emprego formal (0,486), componentes do padrão de vida digno (Pochmann e Amorim, 2003).

Tabela 4 – Índice de exclusão social (IES), Belo Horizonte (MG), 2000

Posição e componentes	valor
Padrão de vida digno	
Pobreza	0,764
Emprego formal	0,486
Desigualdade	0,475
Conhecimento	
Alfabetização	0,921
Escolaridade	0,813
Risco Juvenil	
Juventude	0,796
Violência	0,913
Índice de Exclusão Social*	0,710
Posição no “Ranking” Nacional (melhor situação social)	14º

Fonte: Pochmann M, Amorim R, (orgs.), 2003.

*Quanto maior o índice, melhor a situação social.

Alguns indicadores de vulnerabilidade social podem ser construídos a partir das características dos chefes dos domicílios. Dessa forma, verificamos que os homens são os principais responsáveis pela maioria (67%) dos domicílios particulares permanentes e 33% das unidades familiares são chefiadas por mulheres, o que é considerado indicador de vulnerabilidade (IBGE, 2000).

Cerca de 5% dos chefes de família (homens e mulheres), em 2000, não tinham instrução ou possuíam menos de um ano de estudo, enquanto 10% dos responsáveis pelos domicílios de Belo Horizonte tinham apenas de um a três anos de instrução, tendo abandonado os estudos no primeiro segmento do ensino fundamental. Assim, 16% dos chefes de domicílio apresentam vulnerabilidade educacional (IBGE, 2000).

A razão de dependência é construída mediante a divisão entre o segmento etário da população definida como economicamente dependente (os menores de 15 anos de idade e os de 65 anos e mais de idade) e o segmento etário potencialmente produtivo (15 a 64 anos de idade).

Em Belo Horizonte, para o ano de 2005, a razão de dependência geral foi de 46%, distribuídos em 31% para os jovens e 15% em relação aos idosos com mais de 65 anos de idade. Para o estado de Minas Gerais, a taxa de dependência geral, nesse mesmo ano, foi de 55%, com 40% em relação aos jovens e 15% para os idosos. Em nível nacional, esta proporção no mesmo ano foi de 57%, sendo 42% para os jovens e 14% para os idosos. Portanto, a baixa dependência geral de Belo Horizonte (46%) em comparação à média

nacional (57%) se deve à menor dependência de jovens munícipes (31%) em relação à razão de dependência dos jovens brasileiros (42%) (IDB, 2006).

Tabela 5 – Indicadores de vulnerabilidade das pessoas responsáveis pelos domicílios particulares permanentes, Belo Horizonte (MG) e Brasil

Características	Belo Horizonte		Brasil	
	n	%	n	%
Gênero do chefe de domicílio				
Homens	420.986	67,0	33.634.466	75,1
Mulheres	207.461	33,0	11.160.635	24,9
Anos de estudo do chefe de domicílio				
Sem instrução ou menos de 1 ano	34.452	5,5	7.243.666	16,2
1 a 3 anos	65.643	10,4	8.278.963	18,5
Razão de dependência 2005				
Jovens (menores de 15 anos)		31,0		42,5
Idosos (65 anos e mais)		14,8		14,4

Fonte: ¹ IBGE – Censos Demográfico (2000).

² IDB, 2006.

O Censo Demográfico de 2000 registrou boas condições de saneamento básico para os domicílios situados no município de Belo Horizonte: quase todos possuem abastecimento de água por rede geral em, pelo menos, um cômodo (99%); o mesmo para instalação sanitária por rede geral de esgoto ou pluvial (92%) e proporção semelhante para o lixo coletado pelo serviço de limpeza (98%) (IBGE, 2000).

Tabela 6 – Domicílios e moradores em domicílios particulares permanentes, por situação de saneamento básico, Belo Horizonte (MG) 2000

Indicadores	Domicílios	Moradores
	%	%
Abastecimento de água rede geral em pelo menos um cômodo	99,2	99,2
Instalação sanitária por rede geral de esgoto ou pluvial	92,3	91,6
Destino do lixo coletado por serviço de limpeza	98,5	98,4

Fonte: Datasus, Informações de Saúde, Demográficas e Socioeconômicas, 2008.

Analisando a situação de saneamento das famílias cadastradas pelo PSF, segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), encontramos dados similares. A maioria das famílias cadastradas pelo PSF, em 2002, possuía acesso ao abastecimento de água por meio de ligação com a rede pública além de esgotamento sanitário e energia elétrica; o lixo era coletado pelo serviço de limpeza e as construções em tijolo predominavam. Este conjunto de condições de saneamento é imprescindível ao bem-estar

dos habitantes do município e apresenta crescimento percentual ao longo dos anos, mantendo-se acima dos 90% de cobertura para todos os itens pesquisados (SIAB, 2000).

Tabela 7 – Características dos domicílios das famílias cadastradas pelo PSF, Belo Horizonte (MG) 2002-2007

Situação	Dez 2002		Dez 2004		Dez 2006		Dez 2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nº famílias cadastradas	263.100		314.341		380.010		345.825	
Tipo de construção tijolo / adobe	262.154	99,6	313.471	99,7	378.685	99,6	344.747	99,7
Abastecimento de água pela rede pública	256.370	97,4	306.671	97,5	370.793	97,6	337.312	97,5
Destino do lixo coletado por serviço de limpeza	259.006	98,4	310.803	98,9	375.553	98,8	341.828	98,8
Destino de fezes / urina pelo sistema de esgoto	233.326	88,7	284.012	90,3	343.208	90,3	313.637	90,7
Tratamento de água (filtrada)	255.799	97,2	306.497	97,5	370.585	97,5	337.296	97,5
Energia elétrica	261.205	99,3	312.618	99,4	371.772	97,8	338.106	97,8

Fonte: SIAB, 2008.

2. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

A taxa de mortalidade infantil em Minas Gerais, no ano de 2004, foi de 19,5 mortes de menores de 1 ano por 1.000 nascidos vivos, observando-se pequena diminuição entre 2000 (22,6), 2002 (20,9) e 2004 (19,5). Estes índices são mais baixos que a média nacional para todos os anos 2000 (26,8), 2002 (24,3) e 2004 (22,6), no entanto, mais altos que a média regional do Sudeste 2000 (18,0), 2002 (15,7) e 2004 (14,9) (IDB, 2006).

Em Belo Horizonte, a proporção de óbitos na faixa etária de 65 e mais anos de idade aumentou entre 2000 (49,1%) e 2002 (52,3%), tornando a diminuir em 2004 (50,8). Já a mortalidade proporcional² de menores de um ano e das crianças entre um a quatro anos, apresentou diminuição no mesmo período de tempo. Em 2004, 3% dos óbitos ocorreram em menores de um ano e apenas 0,5% na faixa etária de um a quatro anos (IDB, 2006).

² Mortalidade proporcional segundo o percentual dos óbitos informados. A mortalidade proporcional – proporção de óbitos informados ao Sistema de Informações sobre a Mortalidade (SIM) – é calculada pelo DATASUS sobre o total de óbitos com causas definidas; com isto, considera-se que os óbitos com causa mal definida (capítulo XVIII da CID-10) estão distribuídos linearmente pelos demais grupos de causas (IDB, 2006).

Entre 2000 e 2004, a mortalidade proporcional de menores de um ano e de crianças de um a quatro anos de idade teve ligeira queda (diminuição percentual de 2,0 e 0,2 respectivamente) (IDB, 2006).

A esperança de vida ao nascer de Minas Gerais para o ano de 2005 era de cerca de 74 anos (dado mais recente, não descrito na tabela abaixo), muito próxima à da média nacional (72 anos). As mulheres vivem mais, se comparado aos homens em todos os anos selecionados, os quais apresentam defasagem que chega a sete anos. Já a esperança de vida aos 60 anos em Minas Gerais, segundo informe de 2005, é de 22 anos (dado mais recente, não descrito na tabela abaixo), pouco maior que a média nacional, que é de 21 anos. Nesta faixa, a esperança de vida apresenta leve crescimento ao longo dos anos e diferença menor entre os sexos (3 anos) se comparado à esperança de vida ao nascer (IDB, 2006).

Em relação à mortalidade proporcional por grupos de causas (segundo proporção de óbitos definidos), a principal causa de morte em Belo Horizonte decorre das doenças do aparelho circulatório (30% em 2004). Em seguida, estão as neoplasias com 17% em 2004. A mortalidade por causas externas, apesar de apresentar taxas menores se comparadas às de doenças do aparelho circulatório, vem crescendo consideravelmente, 12% em 2000, 14% em 2002 e 17% em 2004 (IDB, 2006).

As mortalidades proporcionais por causas mal definidas e por óbitos sem assistência médica³ são baixas, contudo também tiveram leve crescimento entre 2000 e 2004 (IDB, 2006).

Tabela 8 – Indicadores epidemiológicos selecionados, Belo Horizonte (MG) e Brasil, 2000-2004

Indicadores	2000	2002	2004	Brasil 2004
Taxa de mortalidade infantil em Minas Gerais – estimativas	22,6	20,9	19,5	22,6
Mortalidade proporcional por idade*				
Menores de 1 ano	5,2	3,5	3,2	5,3
De 1 a 4 anos	0,7	0,6	0,5	0,9
De 65 anos e +	49,1	52,3	50,8	58,6
Esperança de vida ao nascer em Minas Gerais				
Masculino	69,3	69,6	70,5	68,3
Feminino	76,3	76,6	77,4	75,9
Geral	72,7	73,0	73,8	72,0
Esperança de vida aos 60 anos em Minas Gerais				
Masculino	20,1	20,2	20,9	19,3
Feminino	23,2	23,4	23,6	22,4
Geral	21,7	21,9	22,7	20,9
Mortalidade proporcional por grupos de causas (% de óbitos definidos)				
Doenças do aparelho circulatório	34,9	33,5	30,4	31,8
Neoplasias	16,8	17,6	17,3	15,7
Causas externas	12,4	13,7	16,7	14,2
Doenças do aparelho respiratório	11,7	11,2	11,1	11,4
Doenças infecciosas e parasitárias	5,0	5,2	5,2	5,1
Afecções originadas no período perinatal	3,3	2,1	2,1	3,5
Demais causas definidas	15,9	16,7	17,1	18,3
Mortalidade proporcional por causas mal definidas (% total de óbitos)	2,6	3,8	6,3	12,4
Mortalidade proporcional por óbitos sem assistência médica	0,2	0,4	0,6	6,3

Fonte: IDB, 2006 a partir de informações do MS/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e MS/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

* Segundo o IDB, estão suprimidos os casos com idade ignorada nas tabulações por faixa etária.

A proporção de nascidos vivos de mães adolescentes (menores de 19 anos)⁴ em Belo Horizonte é de 14% e teve alguma redução ao longo do período de 2000 (17%), de 2002 (15%) e de 2004 (14%). Tal queda se deve prioritariamente à diminuição da proporção de

⁴ O IDB adotou o número de nascidos vivos como aproximação do número de partos.

nascidos vivos de mães com 15 a 19 anos, enquanto que a proporção para mães menores de 14 anos se manteve praticamente inalterada (IDB, 2006).

A cobertura de consultas pré-natal em Belo Horizonte foi maior nos últimos anos. Em 2004, 69% dos nascidos vivos eram filhos de mães que receberam sete ou mais consultas de pré-natal⁵, cobertura bem mais alta do que a média para o país, e 24% eram filhos de mães que receberam de 4 a 6 consultas de pré-natal (IDB, 2006).

Vale ressaltar que a quase totalidade dos partos é hospitalar (99,7%) e que a proporção de partos cesáreos registrados segundo a residência da gestante⁶ é aproximadamente de 50% (IDB, 2006).

Tabela 9 – Informações sobre condições de nascimentos, Belo Horizonte (MG) e Brasil, 2000-2004

Condições de nascimento	2000	2002	2004	Brasil 2004
Proporção de nascidos vivos por idade da mãe				
Menor de 14 anos	0,4	0,5	0,5	0,9
De 15 a 19 anos	16,5	14,5	13,4	21,0
Total (menor de 19 anos)	16,9	15,0	13,9	21,9
Proporção de nascidos vivos por nº consultas de pré-natal				
Nenhuma consulta	1,9	1,3	1,1	2,3
De 1 a 3 consultas	8,8	7,6	5,6	9,6
De 4 a 6 consultas	36,7	28,4	24,1	34,7
7 consultas e mais	52,6	62,6	69,1	58,3
Proporção de partos hospitalares	99,7	99,8	99,7	96,8
Proporção de partos cesáreos - por residência	43,1	44,7	47,9	42,7

Fonte: IDB, 2006.

Poucos indicadores de morbidade estão disponíveis em nível municipal. A taxa de prevalência de hanseníase em Belo Horizonte é baixa – 0,1 pacientes em curso de

⁵ Nas tabulações por número de consultas de pré-natal, incluiu-se somente nascidos vivos com número conhecido de consultas de pré-natal (IDB, 2006).

⁶ Percentual calculado sobre o número de partos com informação sobre local do parto (partos considerados) (IDB, 2006).

tratamento por 10.000 habitantes⁷ – se comparada à média nacional que é de 1,5 por 10.000 habitantes.

A proporção de internações hospitalares (SUS) por causas externas é de 10%, superior à média nacional, de 7%, e à taxa de prevalência de hipertensão arterial, ou seja, o percentual de indivíduos que referiram ter diagnóstico clínico de hipertensão em, pelo menos, uma consulta, entre os que disseram ter realizado exame para medir a pressão arterial nos últimos dois anos, para a população de 25 anos ou mais, em ambos os sexos, é de 26%, sendo 28% para o sexo feminino e 23% para masculino (IDB, 2006).

Tabela 10 – Indicadores de morbidade, Belo Horizonte (MG) 2005

Indicadores	%
Taxa de prevalência de hanseníase	0,1
Proporção de internações hospitalares (SUS) por causas externas	10,1
Taxa de prevalência de hipertensão arterial total (população de 25 anos ou mais)	25,8
Masculino	22,7
Feminino	28,0

Fonte: IDB, 2006 a partir de informações do Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

3. OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM BELO HORIZONTE

O total de unidades de saúde nos diversos níveis de complexidade, listados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de dezembro de 2007, para o município de Belo Horizonte, é de 2.759 estabelecimentos, dos quais a maioria (1.790) (65%) é de consultórios isolados. As clínicas especializadas/ambulatórios especializados compõem 13% do conjunto de estabelecimentos, enquanto os serviços de apoio à diagnose e terapia constituem 10%. A rede hospitalar, incluindo os prontos-socorros, soma um total de 105 unidades. O CNES indica também a existência de uma central de regulação de serviços de saúde.

⁷ A partir de 2004, o número de pacientes em curso de tratamento por 10.000 habitantes, conforme recomendado pela OMS e estabelecido pela Portaria nº 31/2005, da Secretaria de Vigilância em Saúde, de 8 de julho de 2005 (IDB).

Tabela 11 – Estabelecimentos de saúde, Belo Horizonte (MG), dezembro 2007

Tipo de estabelecimento	2007
Centro de saúde/unidade básica de saúde	146
Clínica especializada/ ambulatório especializado	367
Consultório isolado	1.790
Hospital especializado	48
Hospital geral	35
Hospital-dia	13
Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN)	1
Policlínica	13
Central de regulação de serviços de saúde	1
Pronto-socorro especializado	1
Pronto-socorro geral	8
Unidade de vigilância em saúde	23
Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia	280
Unidade móvel de nível pré-hosp-urgência/emergência	2
Unidade móvel terrestre	4
Cooperativa	25
Farmácia	1
Total	2.759

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Atenção Ambulatorial do SUS

Dos 368 estabelecimentos do SUS que prestam atendimento ambulatorial no município de Belo Horizonte em 2007, 146 são centros de saúde/unidades básicas de saúde, entre os quais as unidades de saúde da família estão contabilizadas, o que corresponde a 40% do total de estabelecimentos que prestam serviços ambulatoriais; 94 são serviços de apoio à diagnose e à terapia, 68 são clínicas especializadas/ambulatórios e 10 são policlínicas.

Em 2007, do total desses estabelecimentos, 60% são públicos, mas a grande maioria é municipal (90%) e, entre os 40% privados conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), a maior parte é de estabelecimentos privados com fins lucrativos (91%).

Tabela 12 – Estabelecimentos do SUS que prestam atendimento ambulatorial por prestador, Belo Horizonte (MG), dezembro 2007

Tipo de estabelecimento	Público	Filantrópico	Privado	Total
Centro de saúde/unidade básica de saúde	145	0	1	146
Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia	14	0	80	94
Clínica especializada/ ambulatório especializado	29	2	37	68
Hospital especializado	8	3	4	15
Hospital geral	4	7	4	15
Policlínica	7	1	2	10
Pronto-socorro geral	8	0	0	8
Consultório isolado	1	0	5	6
Hospital-dia	2	0	0	2
Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN)	1	0	0	1
Pronto-socorro especializado	1	0	0	1
Unidade móvel de nível pré-hosp-urgência/emergência	1	0	0	1
Unidade móvel terrestre	1	0	0	1
Total	222	13	133	368

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Tabela 13 – Estabelecimentos do SUS que prestam serviços ambulatoriais, por prestador e esfera administrativa, Belo Horizonte (MG), 2006 - 2007

Prestador e esfera administrativa	2006		2007	
	n	%	n	%
Público				
Federal	2	1,0	4	1,8
Estadual	17	8,6	19	8,6
Municipal	178	90,4	199	89,6
<i>Total público</i>	<i>197</i>	<i>81,1</i>	<i>222</i>	<i>60,3</i>
Privado				
Filantrópico	10	21,7	13	8,9
Lucrativo	36	78,3	133	91,1
<i>Total privado</i>	<i>46</i>	<i>18,9</i>	<i>146</i>	<i>39,7</i>
Total geral	243	100,0	368	100,0

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Do total das unidades ambulatoriais do SUS segundo a natureza, em 2007, 60% eram de administração direta da saúde e 34% de empresas privadas, especialmente concentradas entre os serviços de diagnose e de terapia. A fundação privada, o serviço social autônomo e as entidades beneficentes sem fins lucrativos representam, na rede, menos de 5% cada qual.

Tabela 14 – Estabelecimentos do SUS que prestam serviços ambulatoriais por natureza, Belo Horizonte (MG), 2006 - 2007

Natureza	2006		2007	
	n	%	n	%
Administração direta da saúde	182	74,9	201	54,6
Adm. direta outros órgãos	2	0,8	5	1,4
Adm. indireta - Autarquia	1	0,4	1	0,3
Adm. indireta – Fundação pública	12	4,9	15	4,1
Empresa privada	28	11,5	126	34,2
Fundação privada	4	1,6	4	1,9
Serviço Social Autônomo	1	0,4	1	0,3
Entidade beneficente sem fim lucrativo	13	5,3	15	4,1
Total	243	100,0	368	100,0

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

No ano de 2007 foram realizados 52.909.981 procedimentos ambulatoriais pelas unidades ambulatoriais do SUS instaladas em Belo Horizonte, dos quais 43% foram procedimentos de alta complexidade, 29% representados por procedimentos especializados e 27%, por ações de atenção básica. Observa-se aumento de 28% no total da produção ambulatorial entre os anos de 2002 e 2007, em especial devido ao aumento de medicamentos entre as ações de alta complexidade.

Tabela 15 – Produção ambulatorial* do SUS, Belo Horizonte (MG), 2006 - 2007

Procedimentos	2002		2004		2006		2007	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Atenção básica	15.381.938	37,3	13.847.329	31,1	14.464.654	30,2	14.459.008	27,3
Especializados	13.886.685	33,6	13.858.321	31,1	15.327.631	32,0	15.517.883	29,3
Alta Complexidade	12.005.767	29,1	8.724.452	19,6	18.092.336	37,8	22.933.090	43,3
Total	41.274.390	100,0	44.570.488	100,0	47.884.621	100,0	52.909.981	100,0

Fonte: DATASUS – Produção ambulatorial – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

*Quantidade aprovada.

Belo Horizonte apresentou produção de 14.459.008 procedimentos ambulatoriais de Atenção Básica para o ano de 2007. Desse total, 72% eram de ações de enfermagem ou de outros profissionais de nível médio e 16%, de ações médicas básicas (2,3 milhões). As ações básicas em odontologia, aquelas executadas por outros profissionais de nível superior e procedimentos básicos em vigilância sanitária representam cerca de 10% cada um. O número total dos procedimentos de atenção básica diminuiu entre 2002 e 2007 por ter havido importante redução das ações básicas de odontologia.

O município expõe a produção de 15.517.883 procedimentos ambulatoriais especializados em 2007. Deste conjunto, 55% foram procedimentos de patologia clínica e 25%

procedimentos especializados realizados por profissional de nível superior (3,9 milhões). Observa-se diminuição no número de procedimentos de fisioterapia entre os anos de 2002 e 2007, porém, o total do número de todos os procedimentos especializados teve leve aumento.

Quanto aos procedimentos de alta complexidade, o município apresentou a produção de 22.936.090 em 2007. Desse total, 90% correspondem a medicamentos de alto custo. Por conta dos medicamentos, o total do número de procedimentos de alta complexidade teve aumento expressivo, passando de 10.151.998 para 20.660.862 entre os anos de 2002 e 2007.

Tabela 16 – Produção ambulatorial do SUS*, Belo Horizonte (MG), 2002 - 2007

Procedimentos	2002		2004		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Procedimentos de atenção básica</i>								
Ações Enfermagem/outros de Saúde nível médio	10.861.652	70,6	9.870.328	71,3	9.922.435	68,6	10.522.414	72,3
Ações Médicas básicas	2.254.390	14,7	2.218.772	16,0	2.322.344	16,1	2.340.114	16,2
Ações Básicas em Odontologia	1.540.227	10,0	1.004.211	7,3	1.121.303	7,8	769.987	5,3
Ações Executadas p/outros prof. nível superior	681.476	4,4	750.507	5,4	1.044.807	7,2	767.211	5,3
Procedimentos básicos em vigilância sanitária	44.193	0,3	3.511	0,0	53.765		59.282	0,4
Total procedimentos de atenção básica	15.381.938	100,0	13.847.329	100,0	14.464.654	100,0	14.459.008	100,0
<i>Procedimentos especializados</i>								
Proced.espec.profis.médicos,out.nível sup. / méd	4.075.576	29,3	3.421.592	24,7	4.107.640	26,8	3.929.942	25,3
Cirurgias ambulatoriais especializadas	91.594	0,7	106.456	0,8	102.247	0,7	106.279	0,7
Procedimentos Traumatolo-ortopédicos	51.679	0,4	35.493	0,3	29.940	1,2	32.175	0,2
Ações especializadas em Odontologia	104.472	0,6	168.879	1,2	131.365	0,9	105.205	0,7
Patologia Clínica	6.551.481	47,2	7.404.352	53,4	8.110.311	52,9	8.554.732	55,1
Anatomopatologia e Citopatologia	300.042	2,2	284.163	2,1	306.113	2,0	324.264	2,1
Radiodiagnóstico	941.720	6,8	819.026	5,9	815.140	5,3	87.8790	5,7
Exames Ultrassonográficos	97.289	0,7	100.657	0,7	116.586	0,8	120.025	0,8
Diagnose	373.012	2,7	358.132	2,6	415.531	2,7	454.409	2,9
Fisioterapia (por sessão)	836.293	6,0	738.686	5,3	656.073	4,3	632.982	4,1
Terapias Especializadas (por terapia)	48.433	0,3	38.271	0,3	53.129	0,3	60.768	0,4
Instalação de Cateter	1	0,0	21	0,0	25	0,0	49	0,0
Próteses e Órteses	413.393	3,0	381.077	2,7	481.131	3,1	315.589	2,0
Anestesia	1.700	0,0	1.516	0,0	2.400	0,0	2.674	0,0
Total procedimentos especializados	13.886.685	100,0	13.858.321	100,0	15.327.631	100,0	15.517.883	100,0
<i>Procedimentos Alta Complexidade</i>								
Hemodinâmica	4.242	0,0	3.808	0,0	3.920	0,0	3.430	0,0
Terapia Renal Substitutiva	249.661	2,1	270.010	3,1	305.606	1,7	318.958	1,4
Radioterapia (por especificação)	350.553	2,9	356.386	4,1	357.170	2,0	363.964	1,6
Quimioterapia - custo mensal	68.630	0,6	73.811	0,8	81.069	0,4	82.095	0,4
Busca de Órgãos para transplante	5.651	0,0	8.733	0,1	27.774	0,2	26.800	0,1
Ressonância Magnética	2.273	0,0	3.823	0,0	5.361	0,0	5.911	0,0
Medicina Nuclear	5.171	0,0	6.936	0,1	8.041	0,0	8.278	0,0
Radiologia Intervencionista	724	0,0	1.766	0,0	2.035	0,0	2.426	0,0
Tomografia Computadorizada	37.070	0,3	39.260	0,4	40.761	0,2	47.680	0,2
Medicamentos	10.151.998	84,6	6.773.609	77,3	15.925.082	88,0	20.660.862	90,1
Hemoterapia	705.466	5,9	532.208	6,1	608.136	3,4	569.858	2,5
Acompanhamento de Pacientes	12.585	0,1	101.985	1,2	122.653	0,7	235.861	1,0
Atenção à Saúde	0	0,0	0	0,0	3.178	0,0	6.117	0,0
Proced. Específicos para Reabilitação	411.743	3,4	552.117	6,3	601.550	3,3	600.850	2,6
Total procedimentos alta complexidade	12.005.767	100,0	8.724.452	100,0	18.092.336	100,0	22.933.090	100,0
Total	41.274.390		36.430.102		47.884.621		52.909.981	

Fonte: DATASUS – Produção ambulatorial - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

*Quantidade aprovada.

Os procedimentos de atenção básica realizados pelo Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) e pelo Programa Saúde da Família (PSF) em 2007 somaram 5 milhões de procedimentos, apresentando elevado incremento, quase o dobro, entre 2002 e 2006, em consonância com a evolução do número de ESF implantadas.

As atividades executadas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) representaram a maioria do total de procedimentos do PACS/PS, cerca de 76%, e a consulta médica do PSF representou 23% dos procedimentos. Destaca-se a importante flutuação nas ações realizadas por enfermeiro com significativa redução entre 2004 e 2007 de 45% nos atendimentos na unidade e de cerca de um terço nos atendimentos domiciliares de enfermeiros.

A participação dos procedimentos do PSF/PACS no total de procedimentos ambulatoriais realizados pela rede municipal de saúde foi definida como indicador de eficácia em estudo de avaliação da formulação e implementação do Programa de Saúde da Família (Viana & Dal Poz, 1998). Em Belo Horizonte, esta proporção alcançou 18% em 2002 e 36% no ano de 2007.

Tabela 17 – Produção ambulatorial de atenção básica do PACS/PSF do SUS*, Belo Horizonte (MG), 2002 - 2007

Procedimentos de atenção básica – PACS/PSF	2002		2004		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Atividade executada por agente comunitário de saúde – PACS	2.394.149	85,9	2.593.697	68,7	3.834.098	78,3	3.985.975	76,4
Consulta médica do PSF	377.445	13,5	1.140.897	30,2	1.117.282	22,8	1.206.922	23,1
Ativ. educ. c/grupos na comunidade (PACS/PSF)	-	-	-	-	-	-	-	-
Cons./atend. enfermeiro na unidade (PACS/PSF)	10.713	0,4	24.727	0,7	20.545	0,4	13.510	0,3
Cons./atend. domiciliar enfermeiro (PACS/PSF)	5.534	0,2	18.161	0,5	15.807	0,3	12.691	0,2
Total	2.787.841	100,0	3.777.482	100,0	4.897.732	100,0	5.219.098	100,0

Fonte: DATASUS – Produção ambulatorial – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

*Quantidade aprovada.

Segundo o IDB, Belo Horizonte apresentou, para o ano de 2005, a média de 2,2 consultas médicas SUS por habitante ano, 1,8 procedimentos diagnósticos por consultas médicas, 1,6 exames de patologia clínica e 0,2 exames de imagenologia por consulta médica. Estas taxas mantiveram-se relativamente estáveis entre os anos de 2002 e 2005.

O número de consultas médicas do SUS em Belo Horizonte é levemente inferior à média nacional, que era de 2,5 consultas por habitante no ano de 2005. Já o número de procedimentos diagnósticos por consulta é maior do que a média nacional, que era de 0,75 procedimentos por consulta no mesmo ano.

Tabela 18 – Consultas médicas e procedimentos SUS por habitante per capita, Belo Horizonte (MG) e Brasil, 2002 - 2005

Indicadores	2002	2004	2005	Brasil 2005
Número de consultas médicas (SUS) por habitante	2,31	1,98	2,20	2,50
Número de procedimentos diagnósticos por consultas médicas	1,54	1,90	1,82	0,88
Número de exames de patologia clínica por consulta	1,33	1,68	1,60	0,75
Número de exames de imagenologia por consulta	0,21	0,22	0,22	0,13

Fonte: IDB, 2006

A oferta de profissionais de saúde no Estado de Minas Gerais, segundo dados do IDB, manteve-se estável no período de 2002 e 2005. A relação do número de profissionais por mil habitantes em 2005 foi de 1,6 profissionais médicos, 1,3 odontólogos, 0,5 enfermeiros, 1 técnico de enfermagem e 1,5 auxiliares de enfermagem. O número de profissionais em Minas Gerais é semelhante ao número médio de profissionais do país, que corresponde a 1,7 médicos, 1,2 odontólogos, 0,6 enfermeiros, 1,3 técnicos de enfermagem e 2 auxiliares de enfermagem por 1.000 habitantes.

Tabela 19 – Número de profissionais de saúde por mil habitantes, Estado de Minas Gerais e Brasil, 2002 - 2005

Indicadores	2002	2004*	2005	Brasil 2005
Médico	1,46	1,56	1,63	1,68
Odontólogo	1,15	1,19	1,34	1,13
Enfermeiro	0,41	0,43	0,49	0,64
Técnico de enfermagem	0,67	-	1,03	1,32
Auxiliar de enfermagem	2,38	-	1,52	1,96

Fonte: IDB, 2006.

*Para 2004, dados disponíveis apenas para médicos, odontólogos e enfermeiros.

Atenção Hospitalar do SUS

De acordo com dados do CNES de dezembro de 2007, o SUS conta com 32 unidades que prestam atendimento hospitalar em Belo Horizonte, das quais são 78% de estabelecimentos hospitalares públicos e 22% de estabelecimentos hospitalares privados. A maioria das unidades hospitalares públicas (41%) pertence à gestão municipal.

Tabela 20 – Rede hospitalar do SUS por prestador e esfera administrativa, Belo Horizonte (MG), 2006 - 2007

Tipo de estabelecimento	2006		2007	
	n	%	n	%
Público				
Federal	1	3,0	1	3,1
Estadual	12	36,4	11	34,4
Municipal	12	36,4	13	40,6
<i>Total público</i>	25	75,8	25	78,1
Privado				
Filantropico	4	12,1	4	12,5
Lucrativo	4	12,1	3	9,4
<i>Total privado</i>	8	24,2	7	21,9
Total geral	33	100,0	32	100,0

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

A rede hospitalar do SUS é composta por hospital especializado, hospital geral, hospital dia, pronto-socorro especializado e pronto-socorro geral, dispendo de um total de 6.563 leitos em dezembro de 2007, dos quais 47% são públicos e 53%, privados. Pode-se observar pequena redução no número total de leitos SUS no período compreendido entre 2005 e 2007 e aumento de leitos públicos, que passaram de 2.885, em 2005, para 3.115, em 2007. Do total de leitos hospitalares públicos, 33% concentram-se nos hospitais gerais, 28% nos hospitais especializados e, dos privados, 53% concentram-se nos hospitais especializados.

Tabela 21 – Leitos vinculados ao SUS por esfera administrativa, Belo Horizonte (MG), dezembro de 2005 – 2007

Esfera administrativa	2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%
<i>Público</i>	2.885	42,2	3.017	44,2	3.115	47,5
Federal	408	5,9	408	5,9	416	6,3
Estadual	2.022	29,6	2.147	31,5	2.227	33,9
Municipal	455	6,7	462	6,8	472	7,2
<i>Privado</i>	3.955	57,8	3.792	55,7	3.448	52,5
Total	6.840	100,0	6.809	100,0	6.563	100,0

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Tabela 22 – Leitos hospitalares SUS, por tipo de estabelecimento e prestador, Belo Horizonte (MG), dezembro 2007

Tipo de estabelecimento	Público		Filantrópico		Privado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hospital especializado	876	28,1	488	32,5	1.028	52,8	2.392	36,4
Hospital geral	1.037	33,3	1.014	67,5	918	47,2	2.969	45,2
Hospital-dia	28	0,9	0	0	0	0	28	0,4
Pronto-socorro especializado	346	11,1	0	0	0	0	346	5,3
Pronto-socorro geral	558	17,9	0	0	0	0	558	8,5
Total	3.115	100,0	1.502	100,0	1.946	100,0	6.563	100,0

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

O total das internações hospitalares realizadas pelo SUS em 2005 foi de 214.927 internações. Desses, as especialidades responsáveis pela maior quantidade de internações foram as cirúrgicas (39%) e a clínica médica (24%). O número de internações sofreu diminuição de, aproximadamente, 3% entre 2002 e 2006.

Tabela 23 – Proporção de internações hospitalares do SUS por especialidade, Belo Horizonte (MG), dezembro 2002 - 2005

Especialidade	2002		2004		2005	
	n	%	n	%	n	%
Cirurgia	85.207	37,2	87.195	39,3	84.739	39,4
Clínica médica	62.701	27,4	54.956	24,7	51.042	23,8
Obstetrícia	39.131	17,1	38.506	17,3	37.617	17,5
Pediatria	31.714	13,8	32.914	14,8	32.127	15,0
Psiquiatria	4.719	2,1	3.751	1,7	3.949	1,8
Outras especialidades	5.698	2,5	4.801	2,2	5.453	2,5
Total	229.170	100,0	222.123	100,0	214.927	100,0

Fonte: IDB, 2006

Segundo o Indicadores de Dados Básicos (IDB) de 2006, a taxa de internações pelo SUS por 100 habitantes em Belo Horizonte apresentou diminuição, passando de 5,9, no ano de 2002, para 5,1, no ano de 2006. Em relação à taxa de leitos SUS por mil habitantes, a diminuição foi ainda maior, de 4, em 2002, para 3 leitos por mil habitantes em 2005.

Tabela 24 – Indicadores da atenção hospitalar SUS, Belo Horizonte (MG) e Brasil, 2002 - 2006

Indicadores	2002	2004	2005	2006	Brasil 2006
Internações SUS/100 hab.	5,9	5,6	5,5	5,1	6,2
Leitos SUS/1.000 hab.	4,4	...	2,9	...	2,0

Fonte: IDB, 2006.

(...) Não há dados para 2004 em função da implantação do sistema CNES e mudanças nas classificações de leitos.

O tempo médio de permanência hospitalar segundo especialidades no SUS varia de 21 dias para internações psiquiátricas a 2,5 para obstetrícia. Para clínica médica e pediatria, o tempo médio de permanência é de 10 dias e 7 dias para cirurgia. Destaca-se a diminuição no tempo de permanência em internação hospitalar em clínica médica de 15,8, em 2002, para 10,1, em 2007, e o aumento do tempo médio de permanência em cirurgia, que passou de 5,4 para 7 dias no mesmo período.

Tabela 25 – Tempo médio de permanência em internação hospitalar por especialidade SUS, Belo Horizonte (MG), 2002 - 2007

Especialidades	2002	2004	2006	2007
Psiquiatria	22,0	21,3	19,7	21,0
Cirurgia	5,4	6,9	6,9	7,0
Clínica médica	15,8	9,6	10,8	10,1
Pediatria	7,9	9,9	9,7	9,9
Obstetrícia	3,0	2,7	2,5	2,5

Fonte: DATASUS – Internações hospitalares.

Cobertura por Planos de Saúde

A cobertura dos planos de saúde na região metropolitana de Belo Horizonte em 1998 era de 23%, com 1.143.696 pessoas cobertas por planos de saúde. Em 2003, 1.602.432 tinham planos privados de saúde, correspondendo a 25% da população total, pelo IDB de 2006, que toma como fonte a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) – Saúde do IBGE.

IV. CARACTERÍSTICAS DE VULNERABILIDADE DAS FAMÍLIAS ADSCRITAS AO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

Em Belo Horizonte foram pesquisados 3.474 integrantes de uma amostra representativa de 900 famílias, correspondente a 0,3 das famílias cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em dezembro de 2007 (345.825). Obteve-se mais da metade das informações das 900 residências pesquisadas em entrevistas com o chefe de família (54%). O cônjuge foi o informante em 40% dos casos, enquanto outros familiares foram entrevistados em 6% das moradias.

Tabela 1 – A1 Caracterização do informante quanto à posição ocupada na família, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Informante	n	%
Chefe da família	483	53,7
Cônjuge	362	40,2
Outros	54	6,0
Não respondeu	1	,1
Total	900	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

A maior parte dos domicílios estava composta por 3 a 5 moradores (64%) e poucas eram as casas com apenas um morador (7%).

Tabela 2 – A2.1 Número de famílias e moradores pesquisados, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Número de componentes da família	Famílias		Residentes	
	n	%	n	%
1 morador	66	7,3	70	2,0
2 moradores	124	13,8	248	7,1
3 a 5 moradores	580	64,4	2245	64,6
6 a 8 moradores	117	13,0	777	22,4
9 a 10 moradores	11	1,2	103	3,0
11 ou mais moradores	2	0,2	31	0,9
Total	900	100,0	3474	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

A pobreza¹ está fortemente correlacionada às características do chefe da família² e da unidade familiar: chefia feminina, jovem, preto ou pardo e com escolaridade de menos de quatro anos são mais vulneráveis à pobreza; indivíduos empregados sem carteira assinada ou desempregados e razão de dependência familiar³ zero são variáveis que aumentam a probabilidade de o indivíduo ser pobre no Brasil. Além dessas, a autora considera duas variáveis locais: região de residência (Nordeste é mais vulnerável) e estrato de residência (rural é mais vulnerável) (Rocha, 1995: 231-2).

No município de Belo Horizonte, as variáveis locais eram totalmente favoráveis por se tratar de cidade da região Sudeste, que apresenta o melhor desenvolvimento regional do país, e por ser integralmente urbano.

1. CARACTERÍSTICAS DE VULNERABILIDADE DOS CHEFES DE FAMÍLIA

A maioria dos entrevistados referiu a condição de chefia masculina de família (63%). No entanto, a vulnerabilidade da chefia feminina incidiu em 37% das famílias pesquisadas, superior à verificada na cidade de Belo Horizonte (33%) e no Brasil (25%).

Tabela 3 – A3 Sexo do chefe de família, Belo Horizonte (MG), 2008

Sexo	n	%
Masculino	570	63,3
Feminino	330	36,7
Total	900	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Os chefes de família situavam-se nas faixas etárias de 65 ou mais (21%), 50 a 54 anos (11%) e 45 a 49 anos (11%), indicando a prevalência de chefes de família maduros ou

¹ No texto de referência (Rocha, 1995), a pobreza é caracterizada como uma síndrome de carências diversas, associada à insuficiência de renda, já que esta é o meio privilegiado de atendimento de necessidades nas sociedades modernas.

² Considerado o “principal supridor da renda familiar” por Sônia Rocha (1995:231). Nesta pesquisa, a condição de chefia familiar foi referida pelo informante. Há controvérsias importantes na caracterização do chefe de família em unidades familiares conjugais nas quais ambos trabalham e obtêm rendimentos. Uma forma de categorizar seria considerar unidades monoparentais, distinguindo-as por sexo, ou conjugais em que ou não há chefe de família ou há dois chefes de família.

³ Razão ou taxa de dependência resulta da divisão do número de ocupados (ou que têm rendimentos) entre o total de pessoas na família. Quanto mais próximo de zero indica famílias numerosas com crianças menores de 10 anos (ou maiores de 65 anos sem rendimentos), que constituem grupos vulneráveis à pobreza. É um indicador que permite captar, de forma sintética, diversas características adversas associadas à pobreza.

idosos. A chefia familiar jovem, entre 15 e 24 anos de idade, correspondeu a 2% do total de famílias pesquisadas.

Tabela 4 – A3.1 Chefes de família segundo a faixa etária, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Faixa Etária	n	%
15 – 19 anos	4	0,4
20 – 24 anos	18	2,0
25 – 29 anos	53	5,9
30 – 34 anos	64	7,1
35 – 39 anos	95	10,6
40 – 44 anos	86	9,6
45 – 49 anos	103	11,4
50 – 54 anos	106	11,8
55 – 59 anos	89	9,9
60 – 64 anos	90	10,0
65 e mais anos	190	21,1
Não respondeu	2	0,2
Total	900	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

A taxa de dependência foi calculada considerando dependentes os moradores menores de 15 e maiores de 65 anos, e como trabalhadores os moradores entre 15 e 64 anos. Nas famílias pesquisadas verificou-se a taxa de dependência geral de 44%, menor do que as encontradas, em 2005, no município de Belo Horizonte (46%), no estado de Minas Gerais (55%) e no Brasil (57%), porém, ainda assim, elevada.

A razão de dependência em relação aos jovens menores de 15 anos entre as famílias pesquisadas foi de 30%, similar à verificada no município de Belo Horizonte (31%) e menor do que as encontradas no estado de Minas Gerais (40%) e em nível nacional (42%). Por sua vez, a taxa de dependência para idosos no grupo pesquisado foi de 14%, semelhante aos percentuais encontrados no município (15%), no estado (15%) e no país (14%). Em geral, a razão de dependência para os idosos revela uma situação de maior vulnerabilidade à pobreza do que a encontrada entre os jovens.

A caracterização do chefe de família segundo a cor ou raça auto-referida revelou que 46% se consideraram ou foram considerados pardos, 28%, brancos e 23%, negros. As referências às cores ou raças amarela e indígena foram reduzidas, 1% e 0,3%,

respectivamente. Entre as famílias pesquisadas, 70% apresentaram a vulnerabilidade à pobreza relacionada à cor ou raça do chefe.

Tabela 5 – A3C Chefes de família segundo cor ou raça, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Cor ou raça	n	%
Preta	208	23,1
Parda	418	46,4
Branca	253	28,1
Amarela	8	0,9
Indígena	3	0,3
Não respondeu	10	1,1
Total	900	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

No que se refere à escolaridade, apenas 5% dos chefes de família estavam estudando. Ao redor de 7% referiram não ter escolaridade (analfabetos ou com menos de um ano de instrução) e 15% tinham menos de 4 anos de estudo, totalizando 199 famílias (22% do total) com alta vulnerabilidade à pobreza. Ambas as taxas eram mais elevadas que as verificadas no município de Belo Horizonte – 6% de chefes sem instrução ou com menos de um ano de escolaridade e 10% de chefes de família com escolaridade entre 1 e 3 anos.

Entretanto, a vulnerabilidade educacional entre os chefes de família pesquisados era bem inferior à existente no Brasil: 16% dos chefes sem qualquer instrução ou menos de um ano de escolaridade e 19% com escolaridade entre 1 e 3 anos de estudo (IBGE, 2000). Cerca de metade (52%) dos chefes de família pesquisados tinha menos de 8 anos de estudos (excluídos os sem escolaridade). Dezesesseis por cento dos chefes de família tinham o Ensino Fundamental completo e 21%, o Ensino Médio completo. Por volta de 4% dos chefes de família haviam concluído o curso universitário.

Tabela 6 – A3E* Nível de instrução dos chefes de família, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Nível de instrução	n	%
Analfabeto(a) ou menos de um ano de instrução	60	6,7
Elementar incompleto (1ª a 3ª série)	139	15,4
Elementar completo e Fundamental incompleto (4ª a 7ª série)	327	36,3
Fundamental completo e Ensino Médio incompleto	146	16,2
Ensino Médio completo ou Superior incompleto	185	20,6
Superior completo ou mais	36	4,0
Não respondeu	7	0,8
Total	900	100

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Dos 900 domicílios pesquisados, oito chefes de família estavam desempregados e 99 (11%) não responderam. A maior parte dos chefes de família era de aposentados ou pensionistas (34%), seguida dos empregados do setor privado (23%) e dos que trabalhavam por conta própria (17%). Três por cento dos chefes de família informaram receber benefícios sociais. Empregadores e locadores totalizavam 2% dos chefes de família.

Tabela 7 – A4A1 Principal fonte de renda dos chefes de família, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Fonte de renda principal	n	%
Pensionista/ Aposentado	307	34,1
Empregado setor privado	207	23,0
Trabalha por conta própria	149	16,6
Empregado setor público	39	4,3
Recebe benefícios sociais	29	3,2
Trabalhador doméstico	22	2,4
Dona de casa	15	1,7
Empregador	14	1,6
Desempregado	8	0,9
Estudante	6	0,7
Locador de imóvel	3	0,3
Pensão alimentícia	2	0,2
Não respondeu	99	11,0
Total	900	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

A maior parte (77%) dos 268 chefes de família empregados nos setores privado, público e doméstico trabalhava com carteira assinada. A vulnerabilidade à pobreza dada pela informalidade do vínculo trabalhista foi pesquisada apenas entre esses três grupos de trabalhadores (cerca de 30% dos chefes de família) e, nesse conjunto de trabalhadores, 22% não tinham vínculo formalizado

Tabela 8 – A4B1 Chefes de família empregados do setor público, privado ou trabalhadores domésticos segundo a formalização do vínculo de trabalho, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Carteira Assinada	n	%
Sim	205	76,5
Não	60	22,4
Não respondeu	3	1,1
Total	268	100,0

Observação: n= 268 chefes de família empregados nos setores privado, público e doméstico
 Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

A renda familiar mensal de 42% das famílias pesquisadas estava na faixa entre 3 e 5 salários mínimos nos valores de julho de 2008 (entre R\$ 831,00 e R\$ 2.075,00), situando-as acima da linha de pobreza. Podem ser consideradas famílias miseráveis,⁴ as 11% daquelas entrevistadas que apresentaram renda familiar mensal inferior a 1 salário mínimo (R\$ 415,00). Podem ser ditas pobres, as 270 (30%) cuja renda familiar mensal estava situada entre 1 e 2 salários mínimos, ou seja, entre R\$ 416,00 e R\$ 830,00. Tomando-se em conta apenas a variável de renda familiar mensal, verificou-se que a vulnerabilidade à pobreza atingia 41% das famílias pesquisadas. No outro extremo estavam situadas 27 famílias (3%) com renda familiar mensal superior a 10 salários mínimos (R\$ 4.151,00 e mais).

⁴Adota-se a classificação proposta por Figueiredo, Schiray & Lustosa (1990), que considera o grupo de ‘baixa renda’ constituído por três classes: até 1 salário mínimo, inclusive, denominada ‘renda miserável’; entre 1 e 2 salários mínimos, inclusive, denominada ‘renda muito baixa’; e entre 2 e 3 salários mínimos inclusive, denominada ‘renda baixa’. A remuneração acima de 3 salários mínimos é considerada de ‘não pobres’.

Tabela 9 – A5.1 Renda familiar mensal, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Renda familiar mensal	n	%
Até 208 reais (meio salário mínimo)	11	1,2
208 - 415 reais (até 1 salário mínimo)	89	9,9
416 - 830 reais (1-2 salários mínimos)	270	30,0
831 - 2.075 reais (maior que 3-5 salários mínimos)	374	41,6
2.076 - 4.150 reais (maior que 5-10 salários mínimos)	99	11,0
4.151 - 8.300 reais (maior que 10-20 salários mínimos)	23	2,6
8.301 reais e mais (maior que 20 salários mínimos)	4	0,4
Não respondeu	30	3,3
Total	900	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Em Belo Horizonte, entre as famílias pesquisadas, a vulnerabilidade à pobreza segundo as características dos chefes de família incidiu sobre 37% com chefia feminina, 70% com chefes de cor ou raça parda e negra, 22% com chefes com vulnerabilidade educacional e 1% com chefes desempregados. Entre os chefes de família empregados dos setores público, privado e doméstico verificou-se que 22% não tinham vínculo formal representado pela carteira de trabalho.

Tabela 10 – Quadro síntese das principais características de vulnerabilidade dos chefes de famílias, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Características	n	%
Chefia feminina	330	36,7
Idade entre 15 e 24 anos	22	2,4
Idade 65 ou mais anos	190	21,1
Negros e pardos	626	69,5
Sem escolaridade	60	6,7
Menos de 4 anos de estudo	139	15,4
Vulnerabilidade educacional	199	22,1
Aposentados, pensionistas	307	34,1
Sem carteira de trabalho assinada*	60	22,4
Renda familiar mensal até 1 salário mínimo	100	11,1
Renda familiar mensal até 3 salários mínimos	370	41,1

Observação: (*) Percentual calculado sobre o total de chefes de família empregados do setor público, privado ou trabalhadores domésticos (n = 268).

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

2. CARACTERÍSTICAS DE VULNERABILIDADE DOS MORADORES

Entre os 3.474 moradores pesquisados, 55% eram do sexo feminino e 45% do sexo masculino, repartição discretamente diferente à da população total de Belo Horizonte, em que os percentuais eram respectivamente 53% e 47% em 2008.

Tabela 11 – A3A Moradores segundo o sexo, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Sexo	n	%
Masculino	1.573	45,3
Feminino	1.901	54,7
Total	3.474	100,0

Observação: n = 3.474 moradores.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

A distribuição da população pesquisada por faixa etária foi semelhante à observada no total de habitantes do município no que se refere ao percentual de crianças até 5 anos (8% entre as famílias pesquisadas e 7% na cidade de Belo Horizonte) e ao grupo de população com 65 anos ou mais (9% entre as famílias pesquisadas e 10% entre a população total de Belo Horizonte). As faixas etárias até 14 anos concentraram 21% dos moradores pesquisados; entre 15 e 29 anos encontravam-se 26% dos moradores; e os com idade entre 30 e 49 anos apresentaram percentual similar ao do último grupo (27%).

Tabela 12 – A3.2. Moradores segundo a faixa etária, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Faixa etária	Moradores	
	n	%
0 a 5 anos	265	7,6
6 a 10 anos	229	6,6
11 a 14 anos	220	6,3
15 a 19 anos	304	8,8
20 a 24 anos	321	9,2
25 a 29 anos	289	8,3
30 a 34 anos	256	7,4
35 a 39 anos	246	7,1
40 a 44 anos	209	6,0
45 a 49 anos	218	6,3
50 a 54 anos	208	6,0
55 a 59 anos	160	4,6
60 a 64 anos	154	4,4
65 e mais anos	322	9,3
Não respondeu	73	2,1
Total	3.474	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Ao redor de 30% dos moradores estudavam no momento da pesquisa, percentual similar ao total de moradores nas faixas etárias entre 6 e 24 anos (31%). Entre os moradores com mais de 10 anos de idade, 3% não tinham qualquer instrução ou contavam com menos de um ano de estudo e, no polo oposto, também 3% tinham ensino superior completo. Tinham o ensino elementar incompleto (entre um e três anos de estudos) 7% dos moradores, 19% haviam concluído o ensino elementar e 17% tinham o ensino médio completo.

Tabela 13 – A3E* Nível de instrução dos moradores com dez anos e mais de idade. Belo Horizonte (MG), 2008

Nível de Instrução	n	%
Analfabeto(a) ou menos de um ano de instrução	102	3,4
Elementar incompleto (1ª a 3ª série)	220	7,4
Elementar completo e Fundamental incompleto (4ª a 7ª série)	573	19,2
Fundamental completo e Ensino Médio incompleto	331	11,1
Ensino Médio completo ou Superior incompleto	517	17,3
Superior completo ou mais	90	3,0
Não respondeu	1147	38,5
Total	2.980	100,0

Observação: n = 2.980 moradores com 10 e mais anos de idade.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

O setor privado concentrou o maior número de moradores empregados (35%). Aposentadorias e pensões constituíam a segunda maior fonte de renda (25%), seguida do trabalho autônomo (por conta própria) (17%).

Tabela 14 – A4A Principal fonte de renda dos moradores, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Fonte de renda principal	n	%
Empregado setor privado	658	35,2
Pensionista/ Aposentado	473	25,2
Trabalha por conta própria	321	17,1
Empregado setor público	120	6,4
Trabalhador doméstico	72	3,8
Recebe benefícios sociais	66	3,5
Empregador	41	2,2
Locador de imóvel	5	0,3
Pensão alimentícia	5	0,3
Outros*	113	6,0
Total	1.874	100,0

Observação: n = 1.874 moradores que trabalham ou auferem renda; (*) 'Outros' agrupa classificações incorretas: estudante, dona de casa, desempregado, criança menor de 7 anos.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Do conjunto de trabalhadores empregados nos setores privado, público e doméstico – 24% dos moradores que trabalham ou auferem renda –, apenas metade tinha vínculo trabalhista formalizado em carteira de trabalho.

Tabela 15 – A4B Moradores empregados do setor público, privado ou trabalhadores domésticos segundo a formalização do vínculo de trabalho, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Carteira Assinada	n	%
Sim	421	49,5
Não	103	12,1
Não respondeu	326	38,4
Total	850	100,0

Observação: n = 850 moradores que são empregados do setor público, privado ou trabalhador doméstico.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Um pouco mais da metade das famílias pesquisadas (55%) tem, pelo menos, um integrante aposentado, pensionista ou que recebe algum outro tipo de benefício governamental. Os tipos de benefícios mais comuns eram, em ordem decrescente: aposentadoria (68%), Benefício de Prestação Continuada – BPC (16%), e Bolsa Família (12%).

Tabela 16 – A6 Famílias com integrantes que recebem aposentadoria, pensão ou benefícios do governo, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Recebem benefícios	n	%
Sim	491	54,6
Não	409	45,4
Total	900	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Tabela 17 – A7 Tipos de benefícios recebidos por integrantes das famílias, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Tipos de benefícios	n	%
Aposentadoria	336	68,4
Benefício de prestação continuada	76	15,5
Bolsa família	58	11,8
Auxílio doença	30	6,1
Outro	33	6,7

Observação: n = 491 famílias com integrantes que recebem aposentadoria, pensão ou outro benefício do governo.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Cerca de 40% das famílias pesquisadas informaram que um ou mais de seus integrantes tinham plano privado ou seguro de saúde.

Tabela 18 – A8 Famílias com integrantes portadores de plano privado/seguro de saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Plano privado ou seguro de saúde	n	%
Sim	329	36,6
Não	564	62,7
Não respondeu	7	,8
Total	900	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Em síntese, a vulnerabilidade à pobreza do conjunto de moradores pesquisados em Belo Horizonte está concentrada na baixa escolaridade (11% dos moradores acima de 10 anos têm menos de três anos de estudo), e no alto percentual de aposentados e pensionistas (25%).

Tabela 19 – Quadro síntese das principais características de vulnerabilidade dos moradores, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Características	n	%
Menores de 14 anos	714	20,6
Com 65 ou mais anos	322	9,3
Sem escolaridade ou com menos de um ano de instrução ⁽¹⁾	102	3,4
De 1 a 3 anos de estudo ⁽¹⁾	220	7,4
Vulnerabilidade educacional	322	10,8
Aposentados, pensionistas ⁽²⁾	473	25,2
Sem carteira de trabalho assinada ⁽³⁾	103	12,1

Observação: ⁽¹⁾ Percentual calculado sobre o total de moradores com 10 e mais anos de idade (n = 2.980); ⁽²⁾ Percentual calculado sobre o total de moradores que trabalham ou têm rendimentos (n = 1.874); ⁽³⁾ Percentual calculado sobre o total de empregados nos setores público, privado e doméstico (n = 850).

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

3. CARACTERÍSTICAS DE VULNERABILIDADE DOS DOMICÍLIOS

A infraestrutura habitacional é elemento importante na caracterização das condições de vida e de saúde da população. Indicadores de vulnerabilidade habitacional são: tipo de construção, densidade do dormitório, banheiro interno ou externo, individual ou coletivo, abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de lixo. Em conjunto, esses elementos delimitam o ambiente mais ou menos saudável em que vivem as pessoas.

Do total de 900 residências pesquisadas em Belo Horizonte, a maioria (99%) era de alvenaria. Apenas uma residência era de taipa e duas de madeira aparelhada.

Tabela 20 – B1 Domicílios cadastrados segundo tipo de construção predominante, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Tipo de construção	n	%
Alvenaria	896	99,6
Taipa	1	0,1
Madeira aparelhada	2	0,2
Não respondeu	1	0,1
Total	900	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Cerca da metade das casas (48%) tinha de 5 a 6 cômodos e 15% delas tinham 7 cômodos, totalizando cerca de 63% dos domicílios pesquisados. Apenas 2% das casas estavam constituídas por um (0,4%) ou dois (1%) cômodos. No extremo oposto, também cerca de 2% das residências tinham 11 e mais cômodos. Ao redor de 15% dos domicílios tinham entre 8 e 10 cômodos.

Tabela 21 – B2.1 Domicílios cadastrados segundo número de cômodos, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Número de cômodos	n	%
1 cômodo	4	0,4
2 cômodos	12	1,3
3 cômodos	53	5,9
4 cômodos	110	12,2
5 cômodos	227	25,2
6 cômodos	204	22,7
7 cômodos	135	15,0
8 cômodos	76	8,4
9 cômodos	33	3,7
10 cômodos	25	2,8
11 e mais cômodos	21	2,3
Total	900	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

A maioria das moradias tinha dois ou três cômodos servindo de dormitório (73%), um ou dois banheiros internos (96%), e uma cozinha (98%).

Tabela 22 – B3A Quantidade de cômodos que estão servindo de dormitório, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Número de dormitórios	n	%
0 cômodo	2	0,2
1 cômodo	150	16,7
2 cômodos	344	38,3
3 cômodos	315	35,0
4 cômodos	70	7,8
5 cômodos	12	1,3
6 cômodos	6	0,7
7 cômodos	1	0,1
Total	900	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Tabela 23 – B3B Quantidade de cômodos que estão servindo de banheiro interno, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Número de banheiros internos	n	%
0 cômodo	14	1,6
1 cômodo	694	77,1
2 cômodos	168	18,7
3 cômodos	20	2,2
4 cômodos	3	0,3
5 cômodos	1	0,1
Total	900	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Tabela 24 – B3C Quantidade de cômodos que estão servindo de cozinha, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Número de cozinhas	n	%
0 cômodo	2	0,2
1 cômodo	884	98,2
2 cômodos	14	1,6
Total	900	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

O abastecimento de água por ligação com a rede geral supria a maioria dos domicílios pesquisados (99,8%). O mesmo acontecia com o abastecimento de energia elétrica, que cobria 99,6% das residências.

Tabela 25 – B4 Domicílios segundo ligação à rede geral de abastecimento de água, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Rede geral de água	n	%
Sim	898	99,8
Não	2	,2
Total	900	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Tabela 26 – B5 Domicílio segundo abastecimento de energia elétrica, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Energia elétrica	n	%
Sim	896	99,6
Não	4	,4
Total	900	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

A situação de esgotamento sanitário também era muito boa: cerca de 94% das residências tinham ligação à rede geral de esgoto. Das 51 casas (6% do total pesquisado) sem ligação com a rede geral de esgoto, 24 (46%) utilizavam fossa, mas 14 (27%) lançavam os dejetos em vala negra.

Tabela 27 – B6 Domicílios segundo ligação à rede geral de esgoto, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Rede geral de esgoto	n	%
Sim	848	94,2
Não	51	5,7
Não respondeu	1	,1
Total	900	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Tabela 28 – B7 Domicílios segundo o tipo de esgotamento sanitário utilizado na casa, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Tipo de esgotamento sanitário	n	%
Fossa	24	46,2
Vala Negra	14	26,9
Outro	13	25,0
Total	51	100,0

Observação: n= 51 domicílios sem ligação à rede geral de esgoto.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

O sistema público de coleta de lixo atendia 98% dos domicílios pesquisados, na porta (88%) e por meio de caçamba (10%). Das onze famílias (1%) que informaram não dispor de serviço regular de coleta de lixo, a maior parte (46%) queimava o lixo, 18% jogavam na rua ou em terrenos baldios e 9% jogavam no rio.

Tabela 29 – B8 Domicílios segundo tipo de coleta de lixo, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Coleta de lixo	n	%
Sim, na porta	795	88,3
Sim, na caçamba	92	10,2
Não	11	1,2
Não respondeu	2	,2
Total	900	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Tabela 30 – B9 Domicílios com outra forma de destino do lixo, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Destino do lixo	n	%
É queimado	5	45,5
É jogado no rio	1	9,1
É jogado na rua ou em terrenos baldios	2	18,2
Outro	3	27,3
Total	11	100,0

Observação: n = 11 domicílios sem coleta de lixo.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

A vulnerabilidade habitacional encontrada nos domicílios pesquisados em Belo Horizonte foi relativamente baixa: apenas uma residência era construída com material inadequado, catorze (2%) domicílios não tinham banheiro interno, dois não tinham cozinha independente, dois não tinham ligação com a rede geral de água e quatro não recebiam fornecimento de energia elétrica. A falta de ligação com a rede geral de esgoto sanitário englobava 51 residências (6%), um quarto das quais fazia uso de vala negra, e 11 casas não tinham seu lixo recolhido pelos serviços de limpeza pública.

Tabela 31 – Quadro síntese das principais características de vulnerabilidade habitacional, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte, 2008

Características	n	%
6 ou mais moradores por domicílio	130	14,4
Material de construção: taipa	1	0,1
Sem banheiro interno	14	1,6
Sem cozinha independente	2	0,2
Sem ligação com a rede geral de água	2	0,2
Sem energia elétrica	4	0,4
Sem ligação à rede geral de esgoto	51	5,7
Com vala negra*	14	26,9
Sem coleta de lixo	11	1,2

Observação: (*)Percentual calculado em relação ao total de domicílios sem ligação com a rede geral de esgoto.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Comparando a distribuição de serviços públicos de saneamento básico entre o grupo de domicílios pesquisados e o total de domicílios do município de Belo Horizonte, pode ser observado um discreto percentual maior de moradias com ligação às redes gerais de esgoto e de água entre os domicílios de usuários do PSF pesquisados, embora a cobertura de ambos os serviços seja extremamente alta em todo o município. A vulnerabilidade habitacional atinge baixos percentuais dos domicílios pesquisados, mas pode ser identificada por aqueles que dispõem apenas de vala negra para eliminação dos dejetos (2%) e pela utilização de outras formas de destino do lixo (1,5%) altamente agressivos ao meio ambiente, como a queima e a utilização de rios, ruas e terrenos baldios.

Tabela 32 – Distribuição de serviços públicos de saneamento básico nos domicílios pesquisados e no total de domicílios (em %), Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte, 2008

Serviços públicos básicos	Domicílios pesquisados	Belo Horizonte
Rede geral de esgoto	94,2	92,3
Fossa	2,7	
Vala negra	1,6	
Outro /não respondeu	1,4	
Rede geral de água	99,8	99,2
Coleta de lixo - direta e indireta	98,5	98,5
Queimado	0,6	
Jogado no rio	0,1	
Jogado na rua ou em terreno baldio	0,2	
Outro meio/não respondeu	0,3	

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008, e Datasus, e Informações de Saúde, Demográficas e Socioeconômicas, 2008.

4. VULNERABILIDADE DOS DOMICÍLIOS SEGUNDO A POSSE DE EQUIPAMENTOS DOMÉSTICOS

Outra forma de avaliar a vulnerabilidade à pobreza das famílias é levantar o número e o tipo de equipamentos domésticos existentes nos domicílios. Foi pesquisada a posse de dez tipos de equipamentos, entre os quais o automóvel. Um primeiro agrupamento separa as famílias de Belo Horizonte em três conjuntos segundo os tipos de equipamentos: bens que a maioria das famílias possui, como televisão (99%) e geladeira (98%); aqueles existentes em mais da metade das residências: aparelho de som (79%), telefone celular (73%), telefone fixo (70%) e máquina de lavar roupa (69%); e os equipamentos existentes em 40% ou menos das casas: computador (39%), carro (31%) e micro-ondas (28%). Apenas 2% das famílias informaram ter máquina de lavar pratos.

Tabela 33 – B10 Domicílios segundo tipos de equipamentos domésticos existentes, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Tipos de equipamentos	n	%
Televisão	890	98,9
Geladeira	883	98,1
Aparelho de som	706	78,6
Linha de telefone celular	654	72,7
Linha de telefone fixo	626	69,6
Máquina de lavar roupa	623	69,2
Computador	353	39,3
Carro	280	31,1
Micro-ondas	247	27,5
Maquina de lavar pratos	16	1,8

Observação: n = 900 famílias.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Outra forma de agrupar as famílias é identificando o número de tipos existentes de equipamentos, assumindo que maior variedade de eletrodomésticos revela rendimentos familiares mais elevados, isto é, posição mais elevada na hierarquia social.

Em Belo Horizonte foi observado que um número relativamente reduzido de famílias pesquisadas estaria na posição mais baixa da escala social com até 3 tipos de eletrodomésticos (11%). No outro extremo encontramos 14% de famílias que possuem 8 ou mais tipos de equipamentos e a maioria (75%) tem entre 4 e 7 tipos de equipamentos domésticos.

Tabela 34 – B10B Tipos de equipamentos domésticos existentes na casa, Belo Horizonte (MG), 2008

Quantidade de tipos de equipamentos	n	%
Até 3 tipos	98	10,8
4 a 7 tipos	674	74,9
8 ou mais tipos	125	13,9
Não respondeu	3	,3
Total	900	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

5. CASOS DE VIOLÊNCIA E ACIDENTES NAS COMUNIDADES

Cerca de 57% dos entrevistados afirmaram que são comuns os casos de violência ou acidentes em suas comunidades.

Tabela 35 – P1 Ocorrência frequente de casos de violência na comunidade segundo a percepção das famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Ocorrência frequente de violência na comunidade	n	%
Sim	510	56,7
Não	366	40,7
Não sabe	24	2,7
Total	900	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

As 510 famílias que disseram ser comuns os casos de violência ou de acidentes nas localidades em que residiam assinalaram como mais frequentes os seguintes tipos: assassinatos (52%), tiroteios e balas perdidas (34%), assaltos a mão armada (26%), tráfico de drogas (15%), brigas em lugares públicos e roubos de residências ou estabelecimentos comerciais (ambos assinalados por 12%).

Tabela 36 – P2 Tipos de violência ou acidentes mais comuns ocorridos na comunidade segundo a percepção das famílias cadastradas, Belo Horizonte (MG), 2008

Tipos de violência ou acidentes	n	%
Assassinato	264	51,8
Tiroteio, bala perdida	171	33,5
Assalto a mão armada	134	26,3
Tráfico de drogas	74	14,5
Briga em lugares públicos	62	12,2
Roubo de residência ou estabelecimento comercial	60	11,8
Atropelamento e batida de carro	56	11,0
Furto	50	9,8
Facada	33	6,5
Agressão física dentro de casa	20	3,9
Estupro	8	1,6
Queda	1	0,2
Outro	9	1,8

Observação: n = 510 famílias que referiram ocorrência frequente de casos de violência na comunidade.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

A maioria das famílias (91%) não vivenciou qualquer situação de violência ou acidente nos últimos doze meses. Dentre as 77 famílias (9%) que relataram essas experiências, em 62 delas esteve envolvido somente um de seus membros; em 12 famílias, estiveram envolvidos dois de seus integrantes; e três, quatro e cinco integrantes, respectivamente, nas três outras famílias, totalizando 98 moradores (3%).

Tabela 37 – P3 Situação de violência ou acidente sofridos pelas famílias cadastradas nos últimos 12 meses, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Situação de violência ou acidente	n	%
Sim	77	8,6
Não	823	91,4
Total	900	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Tabela 38 – P4.1 Pessoas com experiência de situação de violência ou acidente nos últimos doze meses, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Pessoas envolvidas em episódio de violência ou acidente	n	%
1 pessoa	62	80,5
2 pessoas	12	15,6
3 pessoas	1	1,3
4 pessoas	1	1,3
5 pessoas	1	1,3
Total	77	100,0

Observação: n = 77 famílias com integrantes que passaram por episódio de violência ou acidente nos últimos doze meses.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Em 64 dessas famílias (87%), seus membros haviam passado por um episódio, mas em seis famílias (8%) os integrantes tinham experimentado dois episódios de violência ou acidentes e, em uma família, cada um dos integrantes tinha três, quatro e cinco episódios, totalizando 88 episódios de violência ou de acidentes.

Tabela 39 – P5.1 Episódios de violência ou acidente com moradores nos últimos 12 meses, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Episódios de violência ou acidente	n	%
1 episódio	64	86,5
2 episódios	6	8,1
3 episódios	1	1,4
4 episódios	1	1,4
5 episódios	1	1,4
Não respondeu	4	5,4
Total	77	100,0

Observação: n = 77 famílias com integrantes que passaram por episódio de violência ou acidente nos últimos doze meses.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Das 77 famílias que relataram a experiência de episódios de violência ou acidentes com seus integrantes no ano anterior à realização da pesquisa, a maior parte resultou de atropelamento e batidas de carro (14%), agressões físicas dentro de casa (9%), quedas e furtos (ambos assinalados por 8% dos entrevistados). Embora acidentes de trânsito e violência doméstica fossem as principais causas do maior número de episódios de violência que acometeram os moradores entrevistados, não foram mencionados como tipos de violência frequentes na comunidade de residência.

Tabela 40 – P6A Tipos de episódios de violência ou acidentes com moradores nos últimos doze meses, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Tipo de acidente/ episódio	n	%
Assalto à mão armada	28	36,4
Atropelamento e batida de carro	11	14,3
Agressão física dentro de casa	7	9,1
Queda	6	7,8
Furto	6	7,8
Briga em lugar público	5	6,5
Assassinato	4	5,2
Tiroteio	2	2,6
Não respondeu	2	2,6
Roubo de residência ou de estabelecimento comercial	1	1,3
Outro	11	14,3
Total	77	100,0

Observação: n = 77 famílias com integrantes que passaram por episódio de violência ou acidente nos últimos doze meses.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Entre as famílias que relataram a experiência de violência ou acidente de pelo menos um integrante nos últimos doze meses, mais da metade (56%) assinalou que os episódios não produziram ferimentos. Cerca de um terço (27%) dessas famílias informou que os episódios resultaram em ferimentos com gravidade e 18% disseram que os episódios tinham provocado ferimentos sem gravidade.

Tabela 41 – P6B Existência de ferimento em episódio de violência ou acidente com moradores nos últimos doze meses, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Ferimento	n	%
Sim, com gravidade	21	27,3
Sim, sem gravidade	14	18,2
Não houve	43	55,8
Não respondeu	2	2,6
Total	77	100,0

Observação: n = 77 famílias com integrantes que passaram por episódio de violência ou acidente nos últimos doze meses.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Em cerca da metade (49%) dos casos, o morador não procurou atendimento em serviços de saúde, mas um pequeno grupo (7%) procurou os serviços mesmo diante da inexistência de ferimentos. A outra metade dos moradores dirigiu-se a um pronto-socorro ou emergência públicos (21%), e percentuais similares de moradores (4%) procuraram ambulatório de hospital público, pronto-socorro ou emergência privados, ou foram atendidos pelo SAMU.

Tabela 42 – P6C Serviço de saúde procurado em episódio de violência ou acidente com morador nos últimos doze meses, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Serviço de saúde	n	%
Não procurou serviço de saúde	38	49,4
Pronto-socorro ou emergência públicos	16	20,8
Ambulatório de hospital público	3	3,9
Pronto-socorro ou emergência privados	3	3,9
SAMU	3	3,9
Posto/Unidade de Saúde da Família SUS	2	2,6
Não respondeu	2	2,6
Posto ou Centro de Saúde SUS	1	1,3
Clínica ou hospital privado	1	1,3
Outro	9	11,7
Total	77	100,0

Observação: n = 77 famílias com integrantes que passaram por episódio de violência ou acidente nos últimos 12 meses.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Em síntese, no município de Belo Horizonte, ao redor de 10% das famílias relataram que um ou mais integrantes passaram por episódio de violência ou de acidente nos últimos doze meses, a maioria dos quais não resultou em ferimentos.

No entanto, quando ocorreram ferimentos, houve mais casos com (27%) do que sem (18%) gravidade. Coerente com a ausência de ferimentos, metade dos que viveram episódios de violência ou acidente nos últimos doze meses não procurou qualquer serviço de saúde. Embora 27% dos episódios tenham provocado ferimentos graves, apenas 25% dos feridos procuraram pronto-socorro ou emergência, públicos (21%) e privados (4%). O Posto/Unidade de Saúde da Família do SUS, como era de se prever, foi um serviço de saúde pouco procurado nesses casos (3%).

Tabela 43 – Quadro síntese de episódios de violência ou acidentes e procura de serviços de saúde envolvendo moradores pesquisados nos últimos doze meses, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Episódios de violência ou acidentes	n	%
Famílias que viveram episódios de violência ou acidente*	77	8,6
Ferimento com gravidade**	21	27,3
Ferimento sem gravidade**	14	18,2
Sem ferimento**	43	55,8
Serviços de saúde	77	100,0
Não procurou	38	49,4
Pronto-socorro ou emergência públicos	16	20,8
Ambulatório de hospital público	3	3,9
Pronto-socorro ou emergência privados	3	3,9
Consultório particular	3	3,9
Posto/Unidade de Saúde da Família SUS	2	2,6

Observação: (*) Percentual calculado sobre o total de 900 famílias pesquisadas; (**) Percentual calculado sobre o total de famílias que informou ter um integrante passado por episódio de violência ou acidente (n = 77).

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

V. PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE (MG)

Este capítulo examina o contexto político e institucional de implementação e de consolidação da Estratégia Saúde da Família no município de Belo Horizonte (MG), identificando motivações, etapas, atores envolvidos e a concepção do modelo de atenção em Saúde da Família (SF) posto em prática.

No Brasil, desde a década de 1980, com a descentralização das políticas públicas, cresceu a importância dos governos subnacionais, que assumiram gradualmente novas funções e atribuições, em particular na gestão dos serviços essenciais. Nesse processo, os governos locais, cada vez mais, são responsáveis por ações na área social, assumindo novas atribuições e enfrentando, de modo permanente, novos desafios no cumprimento de suas funções públicas.

No setor saúde, com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), os municípios ampliaram suas ações, seguindo diretrizes e incentivos federais. As políticas implementadas em nível local apresentam especificidades condicionadas por distintos contextos. No processo de execução de políticas de saúde locais se estruturam novos campos de ação, com a intervenção de diversos atores que, de certa forma, “adequam” as normas à realidade local.

Para Kingdon (1995), a maneira como se configura determinado problema na agenda decisória governamental, as negociações e o grau de adesão ou consenso em torno desta decisão influenciarão as diferentes etapas do ciclo da política e até mesmo sua durabilidade e continuidade ou descontinuidade.

Os sistemas de serviços de saúde são processos construídos socialmente, influenciados por seus contextos, pelas preferências de diferentes comunidades e pelos legados institucionais (Naylor et al., 2002). As políticas públicas sofrem alterações ao longo do tempo, enfatizando-se as heranças deixadas pelas políticas antecessoras como importante fator condicionante do desempenho das instituições na sua implementação (Ferrera & Rhodes, 2000; Putnam, 1996).

Nesta perspectiva, a conformação dos sistemas de saúde está mediada por inúmeros fatores de ordem política, cultural e econômica. Os conflitos e as articulações que

configuram os diversos sistemas acontecem de maneira distinta nos diferentes momentos e lugares, constituindo-se marcadamente a partir de longo processo histórico.

1. PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO / CONSOLIDAÇÃO

Contexto político e institucional do município no momento de implantação do PSF

O contexto político por ocasião da implantação da Estratégia Saúde da Família caracterizou-se pela continuidade de governos comprometidos com a garantia dos direitos sociais e empenhados em assegurar especificamente a atenção integral à saúde. Esta tendência tem marcado a gestão dos prefeitos desde o exercício de 1993 até o mandato atual, em 2008, o que tem favorecido a continuidade das ações desenvolvidas no setor saúde ao longo de quinze anos, em Belo Horizonte (BH).

A Estratégia foi implantada no município em 2002, durante a gestão do prefeito Fernando Pimentel (PT), prefeito também no momento da pesquisa em 2008. Para ele, *“a saúde é uma das prioridades da Prefeitura de Belo Horizonte, que trabalha com o compromisso de garantir atendimento de qualidade, proporcionando o bem-estar e a melhoria das condições de vida da população”* (PMBH, 2005).

A decisão do prefeito de priorizar o setor saúde, em particular, com investimento financeiro na Atenção Básica, favoreceu a consolidação da Estratégia Saúde da Família. Para os gestores da saúde, este foi o principal fator de ordem política que possibilitou a implantação acelerada da Estratégia em Belo Horizonte.

Para o secretário municipal de saúde, o município tem investido financeiramente na Atenção Básica ao longo das duas últimas décadas, possibilitando um acúmulo de iniciativas de ordem gerencial e organizacional nesta área e tendo como perspectiva a centralidade da Atenção Básica na organização do sistema de saúde municipal. Este direcionamento político permitiu que a Estratégia Saúde da Família fosse implantada, apresentando imediatamente cobertura populacional e rápida expansão.

Desde o final dos anos de 1980, a SMSA de Belo Horizonte vem estruturando o sistema municipal de saúde na perspectiva do SUS, investindo na organização de uma rede própria antes mesmo de iniciado o processo de municipalização, ocorrido no início da década de 1990. Em 1991, as unidades básicas de gestão estadual passaram à gestão da SMSA e, no ano seguinte, as unidades secundárias pertencentes ao antigo INAMPS, os Postos de Assistência Médica (PAM).

Em 1994, o município assumiu a gestão semiplena, segundo a NOB/SUS/93, aprofundando o processo de descentralização e passando a construir efetivamente o sistema municipal de saúde.

Todo este processo gerou um acúmulo de aprendizagem institucional, que tem fortalecido a capacidade gestora da Secretaria Municipal de Saúde. Há dez anos, o município assumiu a Gestão Plena do SUS, segundo a NOB/SUS/96, coordenando e administrando o sistema de serviços de saúde local.

Motivações para implantação do PSF

A Estratégia Saúde da Família foi implantada no município em 2002, por decisão do prefeito – principal defensor de uma política de fortalecimento da Atenção Básica –, compreendendo-a como ponto central e organizador da atenção em um sistema integral de saúde.

Comparada a outros municípios, pode-se dizer que a implantação da Estratégia em Belo Horizonte foi tardia. Entretanto, o município alcançou quase 60% de cobertura populacional logo no primeiro ano de implantação.

Segundo o secretário municipal de saúde, as condições para a implantação da Estratégia no município estão relacionadas à tradição de gestão em saúde desde 1994; à formação/qualificação dos gestores locais; à elevada alocação dos recursos financeiros municipais em saúde, 19% dos gastos municipais em 2007; e aos investimentos realizados na Atenção Básica ao longo de vinte anos.

Naquele ano, como resultante de um processo de reflexão interna sobre o sistema municipal de saúde e com base nas diretrizes do prefeito para o setor, a SMSA lançou o programa BHVida: Saúde Integral, como um dos projetos de políticas públicas definidas pela prefeitura. O BHVida tinha como orientação a noção de responsabilização pela garantia da atenção à saúde de forma integral e universal aos cidadãos de Belo Horizonte, além do compromisso político com a construção do Sistema Único de Saúde (PBH/SMSA, 2007).

O direcionamento da política de saúde, naquele momento, visava impulsionar uma mudança no formato organizacional da Atenção Básica, tendo-se a Estratégia Saúde da Família como a janela de oportunidade (Kingdon, 1995) para avançar no processo de reorientação do modelo assistencial na Atenção Básica, iniciado em 1994 com a implantação da estratégia de acolhimento nas UBS.

Segundo o Documento BH-Vida: Saúde Integral, o Programa Saúde da Família configura-se como seu aspecto basilar na tentativa de estruturar e operacionalizar a atenção à saúde na rede básica, tendo como foco as famílias, e estas vinculadas a equipes de saúde, com base na organização territorial (PBH/SMSA, 2003).

Foi nesse contexto político-institucional que, em 2002, foi implantada a Estratégia Saúde da Família no município de Belo Horizonte, priorizando a fixação de equipes nas áreas de maior risco, segundo índice de vulnerabilidade social adotado pela SMSA.

Antecedentes da implantação do PSF

Desde o início dos anos de 1990, a prefeitura de Belo Horizonte já fazia movimentos para a conformação de uma política de saúde municipal, cujo foco era a organização de um sistema de saúde integral a partir da ampliação e organização da atenção primária à saúde. Houve no período um importante investimento na expansão da rede básica de saúde, resultado, em parte, do processo de descentralização e municipalização em curso na política nacional de saúde.

Em 1994, a SMSA lançou o Projeto Vida, orientado para a redução da mortalidade infantil e a reorganização da Atenção Básica, e iniciou, na sequência desse projeto, ampla discussão sobre o acolhimento, uma estratégia para ocasionar mudanças no processo de trabalho na rede básica de saúde do município. Na opinião de Malta (2000), o Projeto Acolhimento possibilitou uma reflexão acerca da saúde como direito de cidadania, resgatando, no cotidiano dos serviços, a ampliação do acesso, a integralidade na assistência, a resolutividade e a responsabilização clínica e sanitária por meio de mudanças na micropolítica do processo de trabalho nas unidades de saúde.

A implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ocorreu em 1999, no âmbito do Projeto BH-Saúde, com enfoque nas ações de promoção da saúde; em 2002, como mencionado, a SMSA lançou o programa BH-Vida, que, na essência, é a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), com a finalidade de reorganizar todo o sistema de saúde a partir da Atenção Básica, constituindo-se em estratégia para avanço e consolidação do SUS municipal (SMSA, 2002).

Etapas / momentos da implementação da Estratégia Saúde da Família

Segundo os gestores da saúde, a implementação da Estratégia Saúde da Família pode ser analisada em três momentos: i) implantação inicial: expansão rápida e em escala; ii) mudança de gestão da SMSA (2003): harmonização do processo de trabalho, com

definição de diretrizes assistenciais e do processo de trabalho das equipes de saúde da família (ESF); iii) qualificação dos profissionais, investimento na formação das pessoas (atual).

Fase inicial

O PSF, em Belo Horizonte (MG), foi implantado em fevereiro de 2002 com o credenciamento de 504 equipes na CIB e a criação de 172 equipes, o que significou uma cobertura inicial de 26% da população. Ao final do mesmo ano, o percentual de cobertura alcançou 58%, com o estabelecimento de mais 210 equipes, totalizando 382. Conforme relatório sobre a organização da Atenção Básica na rede municipal de saúde, as equipes foram inicialmente alocadas nos centros de saúde, cuja população apresentava maior risco de adoecer e morrer, conforme índices de vulnerabilidade construídos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMSA).

No início da implantação optou-se por utilizar os profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde mediante proposta de adesão voluntária para formar as primeiras equipe de saúde da família (ESF). Os que concordaram com as alterações de carga horária, salário e processo de trabalho se inscreveram para o recebimento de uma gratificação denominada ‘plus do PSF’, assumindo formalmente os preceitos básicos organizativos do processo de trabalho nas unidades saúde da família.

Entretanto, ainda que em número considerável, a adesão de médicos pediatras, ginecologistas, clínicos gerais e enfermeiros ficou abaixo das expectativas, o que levou a SMSA a incentivar a formação de equipe de saúde da família ‘ampliadas’, as quais agregavam especialistas à ESF (Prefeitura de BH, 2006:7).

Desse modo, uma forma adotada no momento da implantação inicial foi a concepção de ‘equipes de apoio’, nas quais especialistas de centros de saúde atendiam os casos mais agudos ou mais complexos, funcionando como retaguarda para as equipes de saúde da família. Esses profissionais não alteraram sua carga horária, mas também passaram a receber a gratificação ‘plus PSF’.

Embora tenha havido adesão importante dos profissionais da rede nas modalidades propostas, ainda assim era baixa a adesão desses profissionais para alcançar o objetivo de estabelecer 504 equipes. Nos anos seguintes, com o objetivo de superar o déficit de

profissionais, a SMSA contratou médicos e enfermeiros, incrementando a capacidade assistencial da rede básica de saúde do município (Prefeitura de BH, 2006:7).

A Estratégia Saúde da Família foi inaugurada no município seguindo os preceitos formulados pelo Ministério da Saúde para o Programa Saúde da Família, porém com a peculiaridade de sua estruturação dentro dos Centros de Saúde existentes na rede municipal, não sendo criadas estruturas específicas para a atuação dessas equipes.

Na visão dos gestores da saúde, as equipes de saúde da família foram estruturadas inicialmente em obediência mais à lógica da adesão do que à de priorização das áreas de maior risco social. Naquele momento, a intenção era principalmente de afirmação da política central do governo municipal.

A implantação inicial também teve como ação estratégica o investimento na formação dos profissionais ligados às ESF. O Ministério da Saúde, em parceria com a UFMG, viabilizou a realização de Curso de Especialização em Saúde da Família para esses profissionais.

Em 2003 houve grande expansão do Programa, e o número de equipes saltou para 473, elevando o percentual de cobertura para, aproximadamente, 72%. Na visão dos gestores da saúde, a rapidez da implantação desestruturou a Atenção Básica em função do aumento imediato do acesso aos serviços de saúde, ainda despreparados, em termos de equipamento e de insumos, para enfrentar o volume da demanda. A desorganização na rede básica provocou a insatisfação tanto dos profissionais quanto da população, incrementando a pressão política a ponto do secretário municipal de saúde à época não permanecer no cargo.

Segunda fase

Em 2003, um novo grupo de gestores assumiu a SMSA, e o seu primeiro movimento foi reestruturar os processos da Secretaria; aos poucos, a nova equipe gestora foi incorporando o projeto para a Atenção Básica que o prefeito defendia. Este momento demarca a segunda etapa da Estratégia Saúde da Família no município.

Naquela ocasião, não havia consenso na equipe gestora quanto ao PSF. A afinidade do grupo gestor com essa modalidade assistencial construiu-se ao longo do tempo. A primeira aproximação do grupo gestor com a Estratégia foi de reconhecimento dos problemas a serem enfrentados, identificando-se a primeira questão na organização do

processo de trabalho das equipes de saúde da família. Notou-se a falta de sistematização das ações realizadas, do papel dos diferentes profissionais da equipe, da estruturação da relação da equipe com os especialistas e da unidade de saúde da família com outros níveis de atenção no sistema de saúde. O novo grupo gestor também buscou saídas para a readequação da estrutura do sistema de saúde municipal e a organização da rede assistencial.

Este foi um momento de rearranjo na condução da gestão da Atenção Básica, centrada na busca por maior harmonização do processo de trabalho e na definição clara das diretrizes assistenciais. Os gestores identificaram, como característica do trabalho das equipes, a indefinição de um padrão mínimo de atuação, pois cada equipe se organizava da forma como achava mais adequada. Para enfrentar este cenário, o grupo dirigente se empenhou em captar as diversas experiências, consolidá-las e, a partir daí, definir com maior clareza o processo de trabalho comum às equipes.

Todo este esforço mais reflexivo gerou um documento lançado no final de 2003, intitulado BH-Vida: Saúde Integral, que visava estimular análises mais estruturadas a respeito dos movimentos que a direção da SMSA precisava fazer, e que fossem coerentes com o plano municipal de saúde aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e com o projeto global das políticas públicas definidas pela Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. O documento também teve, como norte, as mudanças em curso, à época, na gestão do Ministério da Saúde e as perspectivas de avanço no processo de implantação do SUS no Brasil (PMBH/SMSA, 2003).

Terceira fase

A terceira etapa de implementação da Estratégia é identificada pelos gestores da saúde como o momento atual (2008). Nesta etapa, o centro da atuação está na qualificação dos profissionais envolvidos na Estratégia Saúde da Família, tanto em relação ao aprimoramento da capacidade gestora quanto da capacidade técnica desses profissionais. A SMSA tem ampliado os cursos de formação e especialização em saúde da família, além de oferecer especializações específicas para os profissionais da saúde bucal, enfermagem, ACS e outros profissionais de apoio, a exemplo dos assistentes sociais e psicólogos.

Como estratégia para disseminar a formação em atenção primária à saúde com enfoque na saúde da família, a SMSA tem atuado em parceria com as universidades localizadas

no município, tanto as públicas como as privadas, fazendo o movimento de compor serviços como campo de estágio para as faculdades na rede integrada de serviços de saúde do município e instituindo arranjos em termos de oferta, sempre observando aspectos da regionalização do sistema.

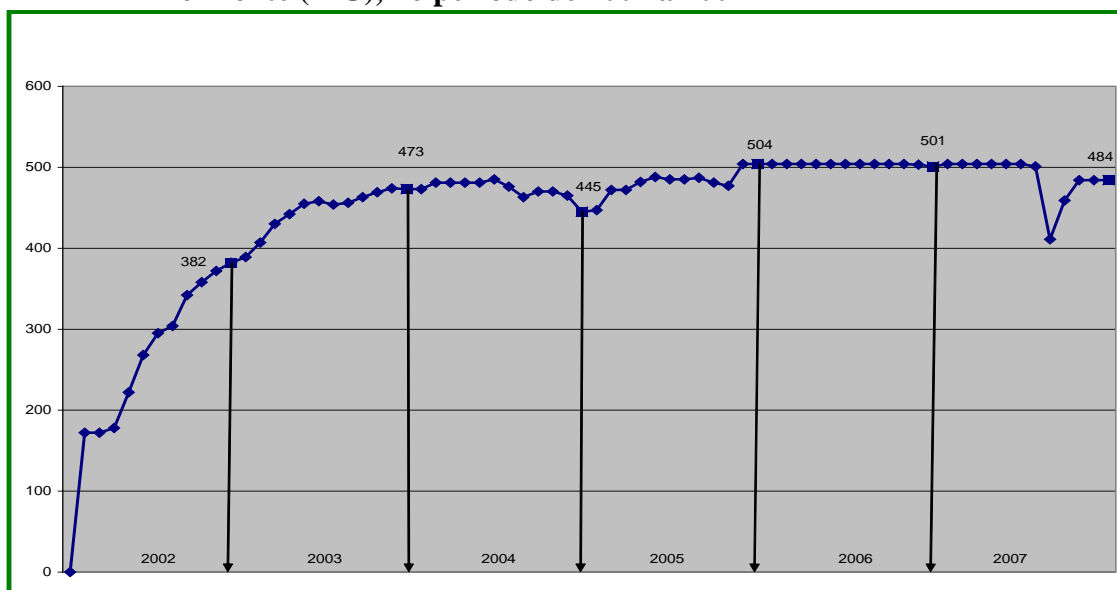
Para os gestores, o desafio de pensar o processo de trabalho é tarefa permanente. Todavia, ressaltam que o momento atual é de qualificação das ações desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família.

Evolução das ESFs segundo o SIAB

Nos dois primeiros anos de implantação da Saúde Família (2002-2003) houve rápido crescimento do número de equipes. A Estratégia implantada em Belo Horizonte no final de 2002 contava com 382 equipes, ao passo que já estavam formadas 473 ESF em 2003, o que demonstra importantes investimentos da gestão municipal.

Durante os anos seguintes, o número de equipes sofreu alterações, alternando períodos de ampliação e de recuo do crescimento, conforme se pode observar no gráfico 1.

Gráfico 1 – Evolução da implantação das Equipes de Saúde da Família em Belo Horizonte (MG), no período de 2002 a 2007



Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB

Pelos dados do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), em 2004 houve recuo no crescimento do número de equipes implantadas, com a redução de 28 equipes, o que representou a queda de, aproximadamente, 5% na cobertura da população. Em 2005, o município voltou a ampliar o Programa, implantando mais 59 equipes e

umentando a cobertura da população para 75%, o maior percentual alcançado pelo município.

Nos anos seguintes observa-se nova tendência à retração do número de ESF. Em 2006, o número de equipes reduziu-se para 501 e, em 2007, para 484. Esta tendência negativa representou, ao final de 2007, uma queda de, aproximadamente, 6% na cobertura populacional.

Ainda com leve redução do número de equipes implantadas, o percentual de cobertura populacional do programa permanece alto. O PSF atingiu, em cinco anos, 70% de cobertura da população em Belo Horizonte, o que representou elevar de 263.100 famílias cadastradas, em 2002, para 345.825, em 2007. Os dados apresentados na tabela abaixo permitem estimar que, atualmente, cada equipe de saúde da família é responsável, em média, pelo acompanhamento de 715 famílias em BH.

Tabela 1 – Implantação das ESFs, cobertura do PSF e PACS no município de Belo Horizonte (MG), 2000 a 2007

Informações	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nº de ESF (1)	--	--	382	473	445	504	501	484
Nº de Famílias cadastradas PACS (2)	35.290	282.766	111.579	94.013	89.788	24.212	18.868	55.396
Nº de Famílias cadastradas PSF (2)	--	--	263.100	396.042	314.341	360.075	380.010	345.825
Nº médio de famílias por ESF	--	--	689	837	706	714	759	715
% população coberta pelo PSF (1)	--	--	58,34	71,43	66,58	75,41	72,77	69,58
População Total (3)	2.238.526	2.258.856	2.284.469	2.305.813	2.327.049	2.375.330	2.399.920	2.424.295

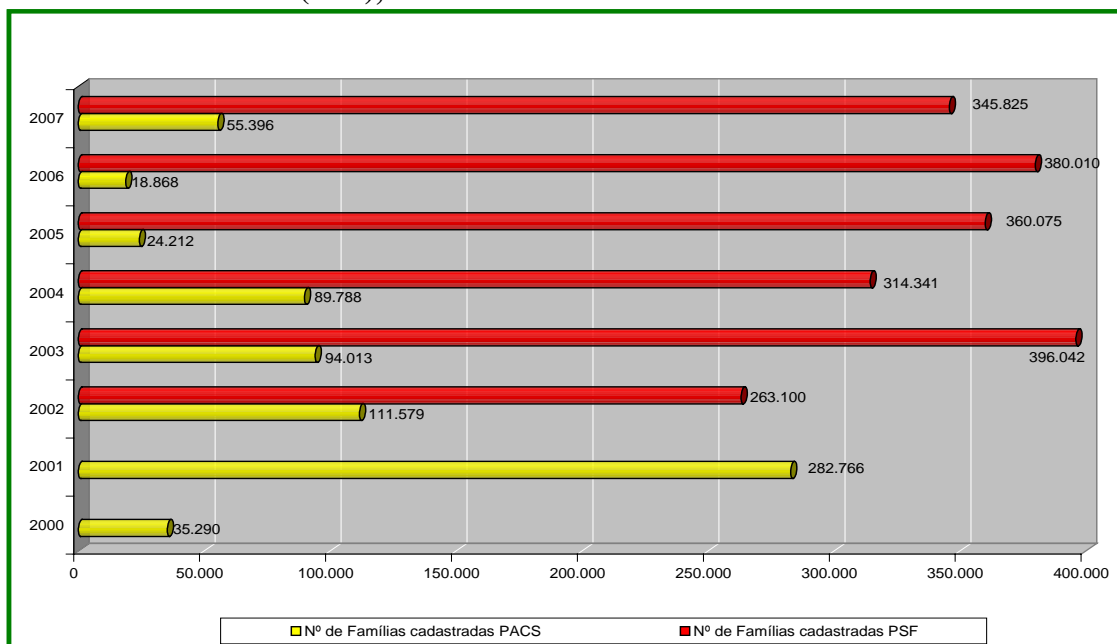
Fonte: (1) MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB

(2) DATASUS/SIAB

(3) DATASUS/Informações Demográficas e Socioeconômicas

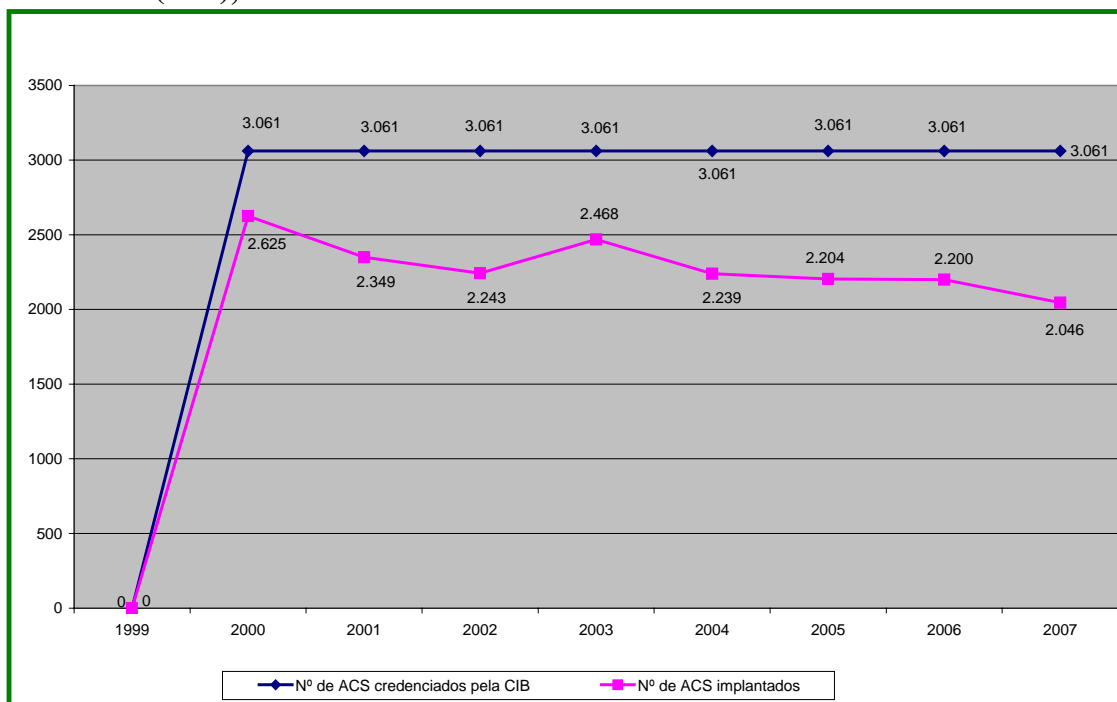
Em decorrência da ampliação da Estratégia Saúde da Família, o número de famílias cadastradas em Belo Horizonte (MG) aumentou nos últimos sete anos, com a concomitante redução da cobertura por PACS, pelos dados do Departamento de Atenção Básica/MS. Ao longo do período, o Programa Agente Comunitário de Saúde reduziu o cadastramento das famílias, apesar do incremento no último ano. A redução da atuação do PACS evidencia a sua substituição gradativa pela Saúde da Família, ainda que não tenha sido incorporada totalmente.

Gráfico 2 – Evolução do número de famílias cadastradas no PACS e PSF em Belo Horizonte (MG), 2000 a 2007



Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB

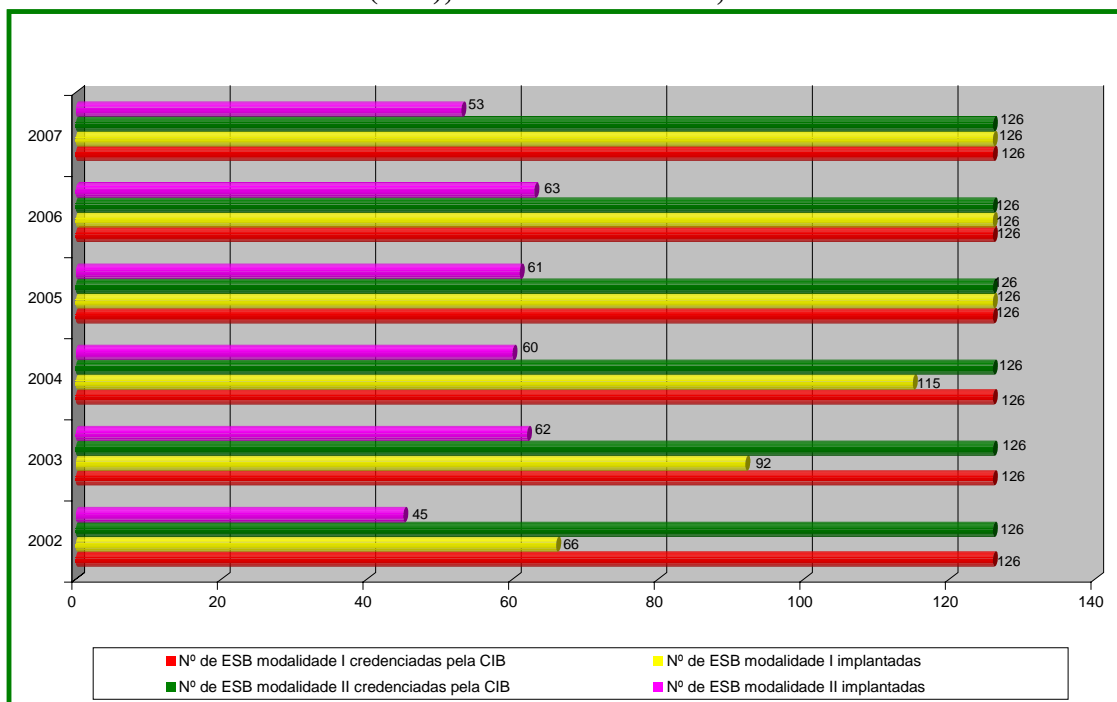
O município de Belo Horizonte (MG) iniciou o processo de contratação de ACS em 2000, ano em que ocorreu o maior número de contratações (2.625). No período de 2001 a 2007, com exceção de 2003, houve redução no número de ACS. Segundo dados do Departamento de Atenção Básica, ao final de 2007 havia 2.046 ACSs atuantes no município, o que representa um número 22% menor, quando comparado ao ano 2000.

Gráfico 3 – Evolução da contratação de ACS no município de Belo Horizonte (MG), 1999 a 2007

Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB

Em 2002, o município credenciou 126 Equipes de Saúde Bucal (ESB) referentes à modalidade I, implantando 66 ESB. Habilitou mais 126 ESB, referentes à modalidade II, e estabeleceu 45 equipes. Entre 2003 e 2007 houve expansão da ESB I, que alcançou, no último ano, 100% das equipes credenciadas pela CIB (126). Em 2006, embora o município também tenha credenciado, na CIB, 126 ESB modalidade II, implantou 63, obtendo 50% das ESB tipo II credenciadas. O número se reduziu para 53 em 2007. Esses dados demonstram que, em Belo Horizonte, priorizou-se a implantação das ESB referentes à modalidade I e ocorreram limitações na implantação das equipes da modalidade II.

Gráfico 4 – Evolução da implantação das Equipes de Saúde Bucal no município de Belo Horizonte (MG), modalidades I e II , 2002 a 2007



Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB

Unidades de Saúde da Família

O município de Belo Horizonte está organizado em nove regionais de saúde; cada regional é dividida em áreas de abrangência, que correspondem ao conjunto de setores censitários nucleados no Centro de Saúde. Em 2008, o município dispõe de 144 unidades de saúde da família, das quais 16 são construções novas e 128 são unidades básicas tradicionais redimensionadas para atuar com ESF. Há ainda uma unidade básica de saúde que não comporta ESF, porque, segundo gestores da saúde, a área não tem população de alto risco.

Na retaguarda das USFs estão sete UPAS, uma para cada regional e uma em fase de conclusão, sete emergências de hospitais públicos (municipal, estadual, federal) e quatro Centros de Especialidades Médicas (CEM), além de um conjunto de diversos serviços contratados na rede privada e filantrópica (como especificado nos capítulos III e X).

A maioria das unidades básicas de saúde comporta, no mínimo, três ESF, porém o número máximo é de 7 ESF em uma unidade, conforme informações dos gestores. Esta situação foi confirmada pelos profissionais da amostra entrevistados. Cerca de um terço de médicos e enfermeiros (36%), de auxiliares de enfermagem e ACS (34%) informaram trabalhar em unidade com 3 ESF; cerca de um quarto dos profissionais

comunicaram trabalhar em unidade com quatro ESF e cerca de 32%, em unidades com 5 e mais ESFs (Tabela C1) (25% em USF com 5 ESF). Apenas 6% dos profissionais trabalham em USF com 6 ESF, enquanto 2%, em USF com 7 ESF.

Tabela 2 – C1 Número de equipes de saúde da família na unidade de saúde informado por gestores e profissionais de saúde, Belo Horizonte (MG), 2008

Número de ESF na UBS	Gestores		Médico e Enfermeiros		Auxiliares de enfermagem		ACS	
	nº de USF	%	nº de profissionais	%	nº de profissionais	%	nº de profissionais	%
1 ESF	7	4,9	4	2,7	3	3,4	5	2,9
2 ESF	13	9,0	5	3,4	3	3,4	6	3,5
3 ESF	51	35,4	53	36,1	30	33,7	58	34,1
4 ESF	35	24,3	37	25,2	24	27,0	42	24,7
5 + ESF	38	26,4	48	32,6	29	32,5	59	34,8
Total	144	100,0	147	100,0	89	100,0	170	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

No momento da pesquisa estavam implantadas 513 ESF, dentre as quais 58 incompletas por ausência de médicos ou enfermeiros. Segundo o secretário municipal de saúde, após a fase inicial de implantação o município atingiu a meta de 500 equipes em três anos.

Nas 144 unidades com Saúde da Família em Belo Horizonte, além dos componentes da ESF recomendados pelo Ministério da Saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde), atuam outros profissionais de apoio, como pediatras, ginecologistas, clínicos e, em algumas unidades, equipes de saúde mental. Esses profissionais e especialistas de apoio nos centros de saúde são acionados quando necessário, mas a responsabilidade clínica e sanitária da população coberta é do médico generalista, sendo a equipe básica a porta de entrada da população adscrita (CESPEC, 2005:20).

A maior parte dos centros de saúde com Saúde da Família funciona sem intervalo para almoço. O horário de funcionamento das USF informado pelos profissionais é, segundo a maioria, de 7:00 às 19:00 horas (56% dos médicos, 55% enfermeiros e 70% auxiliares) (Tabela C2). Chama a atenção a diferente informação dada por mais da metade dos ACSs (55%) quanto aos horários de funcionamento da USF, indicados como de 7:00 às 17:00 horas.

Tabela 3 – C2 Horário de funcionamento da USF informado pelos médicos e enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008

Horário	Médico		Enfermeiro		Auxiliar/técnico enfermagem			ACS	
	n	%	n	n	%	%	n	%	
06:00 – 19:00	-	-	-	-	-	-	9	5,3	
06:00 – 18:00	-	-	-	-	-	-	45	26,5	
07:00 - 16:00	1	1,4	7	9,3	-	-	1	,6	
07:00 - 17:00	3	4,2	-	-	-	-	93	54,7	
07:00 - 18:00	12	16,7	17	22,7	21	27,6	8	4,7	
07:00 - 19:00	40	55,6	40	53,3	53	69,7	3	1,8	
07:00 - 20:00	1	1,4	3	4,0	-	-	9	5,3	
07:00 - 12:00 e 13:00 - 18:00	2	2,8	2	2,7	1	1,3	-	-	
07:00 - 11:00 e 12:00 - 22:00	4	5,6	1	1,3	-	-	-	-	
06:00 - 18:00	-	-	1	1,3	-	-	-	-	
08:00 - 12:00 e 13:00 - 17:00	3	4,2	-	-	-	-	-	-	
Outros horários	6	8,3	5	6,7	1	1,3	-	-	
Total	72	100,0	75	100,0	76	100,0	170	100,0	

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família: quatro estudos de caso, 2008.

Os centros de saúde com Saúde da Família são gerenciados por um profissional de nível superior da área da saúde, que se dedica exclusivamente a essa atividade. São profissionais do quadro permanente que passam por seleção e são nomeados para o cargo. O gerente é responsável pela gestão dos trabalhadores nas USF, a articulação das políticas daquele território e a gestão do Bolsa Família.

A estrutura física desses centros é diversificada; em geral, são unidades amplas, com diversos consultórios médicos (em parte, com instalação sanitária privativa), consultórios odontológicos, sala de coleta de material, sala de vacinas, sala de curativos, sala de medicação, sala de procedimentos, farmácia, sala de gerência, almoxarifado, sala de preparo de material para esterilização, setor de arquivamento informatizado, banheiros feminino e masculino, setor de marcação de consultas, sala de avaliação para atendimento ao agudo/emergência, área de serviço, cozinha, vestiário masculino e feminino, por vezes, auditório e outros.

As unidades são, na maioria, informatizadas, dispendo de mais de dez computadores ligados na intranet e um ou dois conectados na internet. Assim, os profissionais dispõem de teleconsultoria *on line* ou agendada *off line*.

Ainda que os centros de saúde em BH sejam unidades grandes (distintos do que se denomina comumente como “postinho”), o espaço físico foi avaliado pelos profissionais de saúde como inadequado ao processo de trabalho das ESFs, em especial, no que se refere às ações coletivas e à garantia do conforto e da privacidade (Tabelas C22 e C19).

A maior parte dos ACSs (68%) e dos auxiliares de enfermagem (65%) consideraram o espaço físico da USF inadequado para a realização do trabalho em equipe (Tabela C22).

Tabela 4 – C22 Adequação do espaço físico da USF à realização do trabalho em equipe, conforme Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Espaço físico adequado	ACS		Auxiliares de Enfermagem	
	n	%	n	%
Sim	55	32,4	30	33,7
Não	115	67,6	58	65,2
Não respondeu	-	-	1	1,1
Total	170	100,0	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Médicos e enfermeiros informaram que os espaços, inclusive consultórios, são compartilhados por mais de uma ESF (80%), o que impede o conforto de usuários e profissionais (72%). Apenas cerca da metade dos profissionais de nível superior julga que o espaço físico da unidade de saúde permite promover reuniões de grupos de risco ou de orientação em educação e saúde. A manutenção das unidades é considerada insatisfatória por 60% dos médicos e enfermeiros (Tabela C19). Os enfermeiros foram os mais críticos quanto à inadequação do espaço físico em todos os itens questionados (Tabela C19), evidenciando insatisfação generalizada com relação às condições físicas para o desenvolvimento de suas atividades.¹

¹ Nas visitas às USF observou-se a falta de espaço específico (consultório) para a atuação do enfermeiro, obrigado a compartilhar os espaços com outros profissionais, o que acarreta o potencial de interferir em sua produtividade.

Tabela 5 – C19 Avaliação do espaço físico da unidade segundo médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família Belo Horizonte (MG), 2008

Critério	Médico						Enfermeiro						Total					
	Sim		Não		Não tem opinião		Sim		Não		Não tem opinião		Sim		Não		Não tem opinião	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Permite o atendimento de forma confortável para os usuários e para os profissionais	23	31,9	49	68,1	0	,0	18	24,0	57	76,0	0	,0	41	27,9	106	72,1	0	,0
b) Contém a tecnologia necessária ao desenvolvimento das ações básicas de saúde	37	51,4	35	48,6	0	,0	29	38,7	46	61,3	0	,0	66	44,9	81	55,1	0	,0
c) Permite realizar reuniões de equipe e com privacidade	32	44,4	40	55,6	0	,0	31	41,3	44	58,7	0	,0	63	42,9	84	57,1	0	,0
d) Permite promover reuniões de grupos de risco ou de orientação em educação e saúde	41	56,9	31	43,1	0	,0	42	56,0	33	44,0	0	,0	83	56,5	64	43,5	0	,0
e) Tem manutenção satisfatória	29	40,3	39	54,2	4	5,6	24	32,0	49	65,3	2	2,7	53	36,1	88	59,9	6	4,1
f) Foi especialmente construído para abrigar uma equipe de saúde da família da Secretaria Municipal de Saúde	18	25,0	51	70,8	3	4,2	16	21,3	57	76,0	2	2,7	34	23,1	108	73,5	5	3,4
g) Foi restaurado satisfatoriamente para abrigar uma equipe da saúde da família	20	27,8	48	66,7	4	5,6	17	22,7	56	74,7	2	2,7	37	25,2	104	70,7	6	4,1
h) Abriga mais de uma equipe de saúde da família satisfatoriamente	24	33,3	47	65,3	1	1,4	20	26,7	55	73,3	0	,0	44	29,9	102	69,4	1	,7
i) Os espaços, inclusive consultórios, são compartilhados por mais de uma equipe de saúde da família	55	76,4	17	23,6	0	,0	62	82,7	13	17,3	0	,0	117	79,6	30	20,4	0	,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família: quatro estudos de caso, 2008. Observação: n= 72 médicos e n=75 enfermeiros

No que se refere aos procedimentos realizados nos centros de saúde com ESF, todas as unidades efetuam imunizações e, na maioria, há coleta diária de material para exames de análises clínicas. Médicos (99%) e enfermeiros (100%) confirmam que as unidades fazem coleta de material para exames (Tabela D6). Os resultados dos exames retornam às unidades de saúde e são avaliados pela enfermagem para priorizar o agendamento daqueles pacientes com resultados alterados.

Segundo informações dos gerentes das unidades visitadas, as equipes realizam acolhimento, atendem a demanda espontânea, desenvolvem ações coletivas e individuais para os grupos de maior risco -- como idosos, crianças de baixo peso, hipertensos e diabéticos --, orientam planejamento familiar, visitam os domicílios e realizam reuniões semanais de programação. As atividades desenvolvidas pela ESF são analisadas em detalhe no capítulo VII.

Tabela 6 – D6 – Existência de coleta de material para exames de laboratório na USF informada por médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Existência de coleta	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sempre	52	72,2	68	90,7	120	81,6
Na maioria das vezes	19	26,4	7	9,3	26	17,7
Nunca	1	1,4	0	,0	1	,7
Total	72	100,0	75	100,0	147	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

2. CONCEPÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL

Em Belo Horizonte, a Estratégia Saúde da Família foi estabelecida de modo a integrar equipes aos centros de saúde já existentes. Novas unidades de saúde com implantação de ESF foram construídas em áreas de maior vulnerabilidade social. Para os gestores, a integração das ESFs aos centros de saúde preexistentes possibilitou definir uma lógica comum de organização da Atenção Básica, evitando a dissonância entre diferentes propostas assistenciais.

As equipes de saúde da família são compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os especialistas da Atenção Básica atuam

como equipe de suporte para as ESFs do centro de saúde ao qual pertencem. Nas unidades que dispõem de equipe de saúde mental, estes especialistas podem ser referência, inclusive, para outras ESFs da mesma área de abrangência.

A discussão sobre o modelo assistencial da atenção primária à saúde no município é anterior à implantação da Saúde da Família. Este tema ganhou importância com a implantação da estratégia de acolhimento nas UBS dentro do modelo de atenção programática que orientava a organização das ações nos centros de saúde municipais. O acolhimento incorporado ao processo de trabalho das ESFs é um legado da política anterior, que facultou a apropriação de princípios como acesso e cuidado integral, conformando-se como elemento facilitador para a implantação e a consolidação da Estratégia Saúde da Família.

Uma das características do modelo assistencial implementado é a garantia do atendimento à demanda espontânea, além do trabalho com os grupos prioritários. Esta concepção tem origem na experiência do acolhimento. *“Quando o Saúde da Família foi implantado, quem implantou de alguma maneira acertou. Quando a equipe ia fazer adesão, quando o médico ia aderir, assinava um compromisso de que faria acolhimento e não ficaria com a agenda muito fechada”*.

Para os gestores da saúde, a característica principal da experiência do PSF em BH é a articulação do atendimento da demanda espontânea à programada no entendimento ampliado de acolhimento, que inclui pronto-atendimento e garantia de referência especializada.

Os gestores destacam a importância do atendimento aos pacientes em situação aguda, marca do sistema de saúde do município, para que as USF se tornem os serviços de procura regular. Como expressaram o secretário de saúde e a coordenação da Atenção Básica:

“Eu diria que o central, cada vez mais claro para nós, foi que esse aparato todo de atenção básica nucleada numa equipe de saúde da família teria que atender casos agudos. Essa é uma marca do nosso sistema” (secretário municipal de saúde).

“Acolhimento com agenda aberta credencia a Atenção Básica como porta de entrada do sistema” (coordenação da Atenção Básica).

No sistema de saúde de BH, a Atenção Básica é entendida como o conjunto de ações de caráter individual ou coletivo voltado para a promoção da saúde e a prevenção dos agravos, bem como as ações clínicas de tratamento e reabilitação dos problemas de saúde, fundamentais para a resolutividade deste nível da atenção. A Estratégia Saúde da Família é o eixo norteador para a reorganização neste nível de atenção (SMSA, 2007).

A SMSA entende que, conforme as necessidades da população e o quadro de saúde da comunidade, as ações devem ser articuladas entre si no âmbito da Atenção Básica e dentro das possibilidades operacionais de cada Centro de Saúde.

A concepção dos gestores é a de uma Atenção Básica como porta de entrada resolutiva integrada a uma rede organizada. A Atenção Básica no município é compreendida como parte integrante de um sistema de saúde integrado, tendo como fundamento os princípios que orientam a política nacional de saúde: a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação social.

A posição da APS na rede assistencial como porta de entrada preferencial resolutiva vem sendo fortalecida por meio de lista ampliada de medicamentos e de maior acesso a apoio diagnóstico (rede laboratorial), com referências reguladas para a atenção especializada.

Os pressupostos do SUS-BH devem reger as diretrizes do modelo assistencial para a Atenção Básica. São eles: acessibilidade, educação permanente, intersetorialidade, gestão democrática, humanização e qualidade da atenção (SMSA, 2007).

No seu modo de organizar a atenção, a rede básica de saúde caracteriza-se como atenção abrangente, com capacidade de oferecer ações adequadas às necessidades de saúde da população, incluindo os problemas mais frequentes, a partir da integração de ações programadas e de atendimento à demanda espontânea, bem como da articulação de ações clínicas individuais e ações coletivas de caráter preventivo e promocional. Deve ofertar atenção generalizada a qualquer problema de saúde, em qualquer fase do ciclo de vida do paciente, sem restrição de problemas de saúde.

A Atenção Básica é concebida como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, no qual a unidade básica de referência deve encontrar-se mais próxima das pessoas, por ser o local prioritário de primeiro contato, de modo a favorecer o acesso e o uso dos serviços correspondentes às necessidades identificadas a cada novo problema ou fase de um

problema enfrentado pelas pessoas. Deve ofertar atenção regular ao longo do tempo, possibilitando a continuidade do cuidado.

As equipes de saúde da família são projetadas como as principais provedoras dos cuidados da Atenção Básica aos cidadãos adscritos a cada equipe. Para tanto devem contar com escuta qualificada e serem capazes de estabelecer uma relação humanizada, de forma a propiciar respostas mais adequadas aos problemas de saúde. São responsáveis por população específica, adscrita, e os vínculos devem ocorrer com os usuários, mantendo atuação integrada à comunidade. A organização do trabalho dessas equipes tem por base o território, é centrada na pessoa e orientada à família e à comunidade, sempre buscando a autonomização e a co-responsabilização do usuário em relação ao seu cuidado (SMSA, 2007).

As unidades de Atenção Básica devem proporcionar o acompanhamento do usuário nos diversos pontos do sistema de saúde, integrando os recursos que precisam ser utilizados. Devem apresentar resolutividade para os problemas de saúde mais frequentes no território e referenciar para outros serviços apenas quando for preciso.

Segundo documento da SMSA (2007), a Vigilância à Saúde é o modelo tecnológico de intervenção para a reorganização das práticas de saúde em Belo Horizonte. Tendo como pressuposto o princípio da integralidade, contempla a discussão de problemas, as necessidades e os determinantes da saúde, apresentando como principais características a intervenção sobre problemas de saúde, a adoção do conceito de risco, a articulação entre as ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação e a atuação intersetorial.

O território

A organização territorial estabelecida na SMSA/PBH adota as seguintes subdivisões: os **Distritos Sanitários** seguem a delimitação das Administrações Regionais e correspondem à organização administrativo-assistencial da SMSA/PBH. As definições territoriais das **áreas de abrangência dos centros de saúde** são estabelecidas com base nos setores censitários definidos pelo IBGE e constituídas por um agrupamento de setores adjacentes, respeitando-se os seus limites. Os setores censitários, que formam determinada área, definem-se mediante avaliação feita pelas equipes locais e distritais, considerando questões como a demanda atendida, o perfil epidemiológico da região, o acesso à unidade de saúde, a existência de barreiras geográficas, o tamanho populacional e o fluxo de transporte.

A composição das **áreas das Equipes de Saúde da Família** leva em conta a quantidade de habitantes e o índice de vulnerabilidade à saúde na área. São subdivididas em **microáreas** para efeito de organização do trabalho dos ACS, de acordo com o número de **moradia/famílias** e o índice de vulnerabilidade.

Equipes de apoio

Está em discussão no município a formação de equipes matriciais, com o objetivo de superar a lógica verticalizada dos processos de referência e contrarreferência, bem como o de consolidar as redes de atenção e gestão compartilhada, articulando e integrando os diversos conhecimentos e os recursos do sistema municipal.

A noção de apoio matricial implica a atuação de especialistas de áreas específicas e prioritárias como retaguarda às equipes de saúde da família a partir de estratégias como: recebimento dos casos encaminhados, esclarecimento de dúvidas e orientação por telefone, visitas programadas em nível local, agenda de discussões clínicas, estudos de caso e elaboração conjunta de projetos terapêuticos.

O apoio matricial pode ser oferecido por especialistas dos Centros de Saúde, dos distritos e do nível central, mas também pelos diferentes serviços de referência, como Centros de Especialidades Médicas, Centros de Especialidades Odontológicas, Reabilitação, Farmácia Distrital e demais instâncias da rede. Para as equipes de saúde mental esse processo já está estabelecido.

3. ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A proposta de análise da pesquisa visa identificar a forma de organização da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família predominante na SMSA, a estrutura de gestão da Coordenação da Saúde da Família em nível central e a existência de uma estrutura descentralizada em distritos ou regionais. Foram pesquisados os recursos disponíveis, em especial se há dotação orçamentária e qual o grau de autonomia em sua gerência.

Acerca da Coordenação, analisou-se a capacidade de exercício das funções de supervisão, monitoramento e avaliação, buscando-se conhecer a formação de uma equipe de supervisão do trabalho das equipes de saúde da família, sua composição e organização em práticas tais como visitas rotineiras às unidades, reuniões com as equipes de saúde da família, assim

como a periodicidade dessas atividades. Verificou-se se os grupos de profissionais para supervisão clínica estão constituídos e quais os instrumentos específicos para a avaliação do trabalho realizado pelas equipes de saúde da família. Quanto ao monitoramento perguntou-se a respeito dos indicadores que são acompanhados e com que frequência. Por fim, se o município teria aderido à AMQ, em quais instâncias e qual o percentual de adesão das equipes.

O município de Belo Horizonte tem apenas uma coordenação municipal de Atenção Básica, que é responsável pela gestão da Estratégia Saúde da Família. Há também outros níveis de coordenação, como o distrito e a gerência local.

Segundo a coordenadora da Atenção Básica, a composição atual da coordenação da Estratégia Saúde da Família (até o momento, denominada Gerência de Assistência) no nível central do município inclui a gerência, uma equipe de profissionais que acompanham os distritos e as coordenações técnicas relativas aos programas de saúde, que trabalham de forma colegiada.

Todos os programas de saúde pública estão subordinados à Gerência de Assistência/Coordenação da Atenção Básica: atenção à mulher, criança, adulto idoso, saúde bucal e saúde mental. A coordenação do adulto idoso inclui doenças crônicas e doenças transmissíveis (tuberculose, AIDS e hanseníase).

Além dos programas, a coordenação da Atenção Básica gerencia também a assistência farmacêutica e a de apoio diagnóstico, o que contribui para a garantia de atenção integral.

No mesmo nível da Gerência de Assistência/Coordenação de Atenção Básica estão a gerência de urgência, a de projetos especiais – que administra a atenção especializada de média complexidade e alguns projetos, como o de humanização e o de prevenção de violência – e a de regulação, que faz o gerenciamento dos serviços privados contratados.

Para a coordenadora da Atenção Básica, o esforço de reduzir a fragmentação entre os programas e a destes com a atenção especializada tem sido significativo. As coordenações de programas discutem temas específicos com a gerência de Atenção Especializada. Por exemplo, a atenção especializada para a atenção à mulher discute com a atenção à mulher dentro da Atenção Básica ou a saúde mental, busca articular a Atenção Básica com a saúde mental realizada na rede básica e nos CAPS, informou a coordenadora.

A coordenadora da Atenção Básica chama a atenção para o trabalho indispensável de integração, dadas as dimensões de cuidado de cada coordenação e áreas de atuação. Acredita que vale a pena: *“Dá muito trabalho, mas facilita,... porque apesar de grande demais, se essas coordenações estivessem fora do PSF, seria um programa paralelo.”*

Aponta dificuldades, pois essa articulação ainda não dá conta de uma atenção generalista necessária ao desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família. A soma das partes que compõem o colegiado ainda funciona como um grande bloco, que é chamado a trabalhar junto em um processo tenso.

Na medida em que as equipes devem lidar com diferentes grupos de risco existe uma pressão enorme em todas as áreas para fazer treinamentos e implantar projetos, pelo que a coordenação da Atenção Básica, através de seu colegiado, conduz todo o processo e atua em bloco. Exemplifica: *“Observando indicadores de saúde de um território, verifica-se uma cobertura de preventivo de Ca de colo de útero baixa. Pressionamos o distrito - todo mundo para treinamento, difundir protocolo – com uma ação conjunta mais geral dirigida para lá. (...)*

Nos nove distritos de saúde em que se organiza o SUS municipal existem Gerências de Atenção à Saúde que reproduzem, em parte, as funções da coordenação da Atenção Básica do nível central. Entre suas responsabilidades está a de articular a assistência no nível regional, agregando urgência, emergência e atenção especializada. As gerências distritais não regulam apoio diagnóstico e farmácia. *“O nível distrital tem uma percepção muito grande das diferenças e de necessidades das equipes, então eles também organizam muita coisa dirigida às equipes.”*

A estrutura regional em Belo Horizonte precedeu a estruturação da Saúde da Família, mas como a rede própria atualmente se constitui, em especial, de unidades básicas, é para as equipes de saúde da família que voltam seu trabalho, mesmo que, às vezes, os gerentes ainda não tenham se apropriado do modelo assistencial com atenção por generalista na ESF.

A coordenação de Atenção Básica não dispõe de dotação orçamentária própria (*“o financeiro todo passa ao largo, porém temos conseguido tocar com muito apoio”*). Também há limites para nomeação de pessoal, embora essa área seja mais aberta ao diálogo

e à negociação com o secretário municipal de saúde. *“Por exemplo, temos certeza que temos menos auxiliares de enfermagem do que o necessário. Precisamos de reabilitação e não é tão simples, disputar recursos humanos é o limite.”*

Tem havido maior apoio para capacitação, que funciona.

Monitoramento e avaliação

O acompanhamento das ações de saúde e dos profissionais é feito pelos Distritos e pelos gerentes dos centros de saúde, que são o ponto de contato com as equipes. Não há visitas rotineiras de supervisão às equipes de saúde da família pela coordenação central. As visitas às unidades de saúde são feitas pelos gerentes dos distritos, com o propósito de gestão da organização do processo de trabalho nas unidades. Para a equipe, diretamente, não há visitas.

Segundo avaliação da coordenação, o acompanhamento realizado ainda não é suficiente para a mudança do modelo, o que é um limite a ser superado em médio prazo. São desenvolvidas algumas estratégias de integração, como fóruns de organização da atenção à criança, discussão da atenção aos idosos, por exemplo, consideradas ainda insuficientes.

Para apoiar as ESFs, a coordenação investe em um conjunto de estratégias no campo da Educação Permanente, com inúmeros cursos e processos presenciais: *“Na área de saúde mental, praticamente, todos os profissionais passaram por cursos. Nós devemos estar no vigésimo terceiro curso de saúde mental para as equipes de saúde da família. Temos curso de educação à distância em doenças crônicas, com foco na equipe de saúde da família, que foi construído aqui, tentando atender às necessidades locais, porque o grosso da demanda é doença crônica. Foi um curso dirigido para a abordagem multiprofissional da doença crônica por médico, enfermeiro e auxiliares de enfermagem. Os exercícios são da equipe, o que nos tem parecido uma estratégia boa.”*

São desenvolvidas três linhas consolidadas de processos de educação permanente que utilizam tecnologias de informação e comunicação com participação de profissionais das ESFs e profissionais da universidade, como: i) **Tele-enfermagem**, com temas da enfermagem. ii) **Telemedicina**, com os temas médicos e, iii) **Telesaúde bucal**. As equipes elegem os temas e a coordenação de Atenção Básica organiza as atividades.

Essas atividades de educação permanente acompanham a demanda dos profissionais e a identificação pela coordenação da Atenção Básica quanto a lacunas na atenção, que reconduz as propostas iniciais. Em geral são realizadas atividades por meio de vídeo conferência com periodicidade quinzenal. Em grande parte, as unidades já têm conexão para as vídeo conferências. Mecanismos de **teleconsultoria** estão disponíveis em todas as USF. Os profissionais podem enviar perguntas por e-mail ou fazer contato direto (com horários predefinidos) com especialistas do hospital, das clínicas ou da coordenação central.

Outro mecanismo citado que está em fase inicial é a montagem de equipes menores de especialistas nos centros de especialidades médicas, dirigidas ao atendimento de pacientes de determinadas equipes Saúde da Família. Esses grupos de especialistas realizam treinamentos dirigidos a questões específicas das ESFs, como, por exemplo, o excesso de encaminhamentos para determinada especialidade. *“Esta é outra possibilidade de qualificação. Às vezes, observa-se que as ESFs encaminham muito para a mastologia, então eles fazem treinamento... Estão encaminhando muito ao neurologista por dor de cabeça, então organizam um treinamento.”* (coordenadora de Atenção Básica)

Na avaliação da coordenadora da ATENÇÃO BÁSICA há muita coisa acontecendo, embora sinta falta de dificuldades específicas das equipes em relação ao atendimento: *“... às vezes, não temos conseguido uma abordagem para esta especificidade. Às vezes um médico é maravilhoso no atendimento às crianças, mas tem a maior dificuldade no atendimento ao idoso. Como é que esse profissional vai superar esta dificuldade se a coordenação não apoiar?”*

Considera ainda que o melhor espaço para observar as necessidades específicas das ESFs é a gerência local, composta por profissionais de nível superior da área da saúde responsável por toda a gestão local: *“Ele é só gerente. Tem uma carga de trabalho grande e atua onde está a porta de entrada mesmo. A cirurgia está ali, a zoonose também. Só a vigilância sanitária está no distrito. O resto está tudo lá.”*

Por fim, outra ação tida pela coordenação da Atenção Básica como estruturante para o trabalho da ESF no sentido de melhor integração do ACS como membro da equipe é o

curso específico.² O curso vem atender um problema de capacitação. *“O enfermeiro por vezes tem se recusado a fazer supervisão, não achando que a responsabilidade seria dele. E este curso está sendo muito bom para aproximação da equipe e inserção do ACS na sua posição.”*

Com o curso pretende-se melhor definir a identidade, as tarefas e as atribuições do ACS (*“a questão da importância do cadastro, como ele pode lidar com o cadastro que está em sua mão, os instrumentos de registro, o diagnóstico da sua área”*). No mês de maio de 2008, a SMSA formou uma turma de 750 ACS e pretendia estender a cobertura para 1.700 até o final da gestão de 2008.

Segundo a coordenação de Atenção Básica, não faltam recursos de informática para o monitoramento: cinco distritos já estão informatizados e num sexto a informatização está pela metade. Assim é possível monitorar a produção e o desempenho de certas atividades e dos indicadores, acompanhando e avaliando os dados dos sistemas de informação de mortalidade, agravos e nascidos vivos, alguns já com geoprocessamento de eventos. Há todo um arcabouço também para fazer o monitoramento da internação hospitalar, checando as altas hospitalares.

O plano municipal de saúde definiu vários indicadores para monitoramento. No nível de gestão da coordenação de Atenção Básica monitoram-se o desempenho dos distritos e o acompanhamento da internação hospitalar. Dos distritos espera-se que monitorem as unidades, enquanto dos gerentes locais, que monitorem as equipes da saúde da família.

A dificuldade, segundo a coordenação, está em sistematizar todo esse processo e realizar análises rotineiras. *“A produção e a estrutura existem. Você tem que parar, olhar, analisar. Mas ao mesmo tempo você faz muitas outras atividades e, portanto, a análise sistemática ainda não está implantada.”*

O município aderiu ao AMQ em 2008, embora este seja o último ano da atual gestão. Segundo a coordenadora, 2005-2006 foi um período bem difícil, com significativa perda de

² Os agentes comunitários passaram por seleção pública com edital divulgado amplamente. A SMS conseguiu sustentar o ingresso por meio dessa seleção e o contrato será por função pública, informou a coordenadora de Atenção Básica.

profissionais entre o último semestre de 2005 e o início de 2006, pela instabilidade relacionada ao contrato de trabalho e por certo cansaço de muitos profissionais.

Em 2007 conseguiram realizar dois concursos e nomear os aprovados, encontrando-se em momento de maior estabilidade no ano de 2008, o que facilitaria a adesão à proposta de AMQ. Em 2008 foi feita a discussão com a gestão dos distritos sanitários para pactuar com os conselhos a implantação da avaliação AMQ em 10% das equipes. No segundo semestre desse ano estava agendada a discussão direta com as equipes em, pelo menos, dois distritos, e o grau de adesão entre os gerentes locais ainda preocupava. Para a coordenação da Atenção Básica, a AMQ é um instrumento muito bom para a equipe, pois permite rever rotinas e promover alterações.

4. ATORES ENVOLVIDOS NA CONSOLIDAÇÃO

Para conhecer os conflitos, as resistências e os apoios, solicitou-se aos entrevistados que opinassem sobre a importância da posição de diversos atores na consolidação da Estratégia.

Em Belo Horizonte, na fase inicial da implantação, alguns grupos se manifestaram explicitamente desfavoráveis ao processo. Havia muitos questionamentos por parte dos profissionais da Atenção Básica, principalmente dos médicos especialistas, que queriam manter-se na mesma função. Profissionais de outros níveis assistenciais, por desqualificarem a atenção primária, também reagiram negativamente.

Com relação às entidades representativas da categoria médica e de enfermagem, de modo geral, estas manifestaram apoio à implantação do PSF e, no processo de consolidação da Estratégia Saúde da Família, vêm se posicionando favoravelmente. Existe a percepção comum de que há, por parte do poder público municipal, a vontade política de avançar na construção de um sistema de saúde integral.

A posição da Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade tem sido, desde a implantação do PSF, bastante favorável, e a posição atual é de completa adesão. Representantes da entidade participam de fóruns da prefeitura para discutir condições de trabalho e há parcerias com a prefeitura, principalmente nas ações de educação permanente com as equipes de saúde da família.

O Sindicato dos Médicos também foi favorável à implantação do programa. Embora ao longo do tempo não apresente resistências específicas à Estratégia Saúde da Família (está contraditório com o parágrafo seguinte), há uma série de questões relativas aos interesses trabalhistas da corporação médica que pontualmente são alvo de pressão, a exemplo do cumprimento da carga horária de 40 horas semanais exigido do médico da ESF.

Na visão dos gestores da saúde, as resistências da categoria médica estão relacionadas à dificuldade de formação, à reestruturação da Atenção Básica com velocidade e às modificações no processo de trabalho decorrentes da implantação da Estratégia Saúde da Família. No início da implantação houve resistência institucionalizada do Sindicato dos Médicos, mas a resistência é atualmente da categoria médica, com dificuldades decorrentes de sua formação inadequada para essa modalidade de atenção.

O aparelho formador (universidades) em geral se manteve distante, atuando para formar especialistas, como se não reconhecesse o processo de reorientação do sistema de saúde e a necessidade de formação do generalista.

O Conselho Regional de Enfermagem (COREN) apoiou a implantação do PSF, entendendo o programa como uma política pública. O engajamento desta entidade no município ocorre desde o período da reforma sanitária. Contudo, em alguns momentos, conflitos emergem principalmente no que se refere ao papel da enfermagem nas ESFs. *“Houve uma dificuldade no início em relação ao papel do agente comunitário, ficou um pouco confuso se queriam colocar mais uma categoria para a enfermagem. Quando se definiu que não era isso, embora a enfermagem coordene em vários lugares, a coisa ficou mais tranquila. O PSF é uma política pública de Atenção Básica que o COREN tem defendido e acompanhado”*.

Conflitos entre as categorias de médicos e de enfermagem margeiam as equipes de saúde da família, em particular no que tange à definição das funções específicas de cada profissional.

A categoria de enfermagem não apresentou resistências. Há adesão, de modo geral, embora se reconheçam manifestações contrárias pontuais. Na visão dos gestores, muitas vezes o COREN pressiona dubiamente. Em certo momento apóia e ajuda na construção do modelo e no aumento da possibilidade de atuação do enfermeiro. Outras vezes toma atitudes que tolhem a atuação do enfermeiro na rede, questionando determinadas ações que não dispõem

de respaldo legal (quem não dispõe de respaldo, as ações ou as atitudes?), a exemplo da assistência farmacêutica.

Os principais apoios para a consolidação da Estratégia Saúde da Família no município foram dados pelo prefeito. A Câmara dos Vereadores não se tem posicionado nem contra nem a favor. Profissionais da Secretaria Municipal de Saúde apóiam a Estratégia e outros gestores, como os das secretarias de Educação, Políticas Sociais e Esporte, têm sido parceiros. O Conselho Municipal de Saúde se manifesta favoravelmente.

O setor privado conveniado reconhece a atuação das equipes de saúde da família, especialmente no acompanhamento pós-alta hospitalar, muitas vezes excedendo o que deveriam direcionar à Atenção Básica e descumprindo aquilo que seria esperado que fizessem, porque recebem para ofertar um cuidado integral ao paciente.

Na visão do secretário, o setor privado se posiciona de maneira ambígua. Por um lado, manifesta-se competindo pela categoria médica, fazendo persistir o ideário da medicina liberal, em que o processo de trabalho do médico deve ocorrer desvinculado do setor público. Por outro, contraditoriamente, observa-se em Belo Horizonte um movimento das operadoras de plano de saúde para aderir à modalidade de saúde da família para organização da Atenção Básica. Algumas universidades privadas também caminham nessa direção, propondo formação nesta linha e adotando a sistemática de ensino prático na rede pública de saúde.

A população também reagiu às mudanças, porque havia e ainda há, muitas vezes, o imaginário balizado pelas experiências vividas de que é melhor ter uma relação direta com o especialista ou com aquele médico com quem se conseguiu estabelecer um bom vínculo. A Estratégia interferiu nesta relação já estabelecida entre a comunidade e os serviços tradicionais de Atenção Básica, argumentou o secretário.

Atualmente, a população tem se manifestado favorável, pressionando de maneira permanente no sentido da expansão da Atenção Básica na modalidade da Estratégia Saúde da Família. Constata-se, mais recentemente, que alguns extratos populacionais identificados como de baixo risco (classe média) demandam a cobertura de equipes de saúde da família, ainda que busquem utilizar uma oferta da atenção, em especial, como a visita domiciliar para a população idosa.

“A tradição era usar as unidades de saúde para vacinação, para buscar medicamentos... A classe média ia ao centro de saúde para isso. Ela hoje está buscando estas outras modalidades de serviços: quer ter a sua equipe de referência, sua cor, seu número...para saber quem busca e até a orientação. Mas o cuidado domiciliar, principalmente da população idosa, tem sido a grande demanda que temos sentido”.

5. FINANCIAMENTO

Para conhecer o financiamento do SUS municipal em Belo Horizonte foram selecionados alguns indicadores do SIOPS (Sistemas de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde) referentes aos anos de 2002, 2004, 2006 e 2007, disponíveis no site do DATASUS. As informações coletadas priorizam o financiamento do setor saúde sob gestão municipal, excluindo-se os recursos gerenciados pela Secretaria Estadual de Saúde e/ou diretamente pelo Ministério da Saúde. Algumas destas informações foram compostas com dados obtidos diretamente na Secretaria Municipal de Saúde, através das entrevistas realizadas com os gestores locais.

Inicialmente é apresentado um conjunto de indicadores municipais desenvolvidos pelo SIOPS. Considera-se a relação entre receitas e despesas em saúde no município, buscando-se conhecer a participação das transferências SUS e dos recursos próprios municipais no total dos gastos do município com saúde. Em seguida, é analisada a composição do gasto municipal com saúde. Por fim, as receitas realizadas por administração direta do município com atenção básica merecem especial destaque.

A análise da participação dos recursos próprios municipais no conjunto da receita aplicada em saúde indica que sua contribuição vem sendo progressiva a cada ano, chegando a 18,8% em 2007, percentual maior que o previsto na Emenda Constitucional 29 (EC 29/2000), que determina a aplicação de 15% dos recursos próprios do município para o financiamento da saúde. Nota-se, contudo, que em 2007 houve uma diminuição na participação da receita própria se comparada ao ano anterior, passando de 19,5% em 2006 para 18,8% em 2007.

A apresentação dos indicadores municipais de Belo Horizonte (MG) construídos pelo SIOPS revela importante dependência das transferências intergovernamentais, as quais em 2007 corresponderam a 66,6% do total das despesas do município com saúde. As despesas totais com saúde no município em valores absolutos apresentaram um incremento significativo a cada ano: eram R\$595.779.759,80 em 2002 e passaram para R\$1.002.636.626,00 em 2007. Os dados do SIOPS apontam ainda para a predominante participação das transferências da União sobre o total de recursos transferidos para a saúde em todos os anos pesquisados, atingindo mais de 94,7% em 2007. Se a análise partir das

despesas com saúde por habitante sob responsabilidade do município, nota-se um crescimento significativo em valores absolutos, passando de R\$260,80 em 2002 para R\$415,53 em 2007. As transferências SUS por habitante, verificamos igual incrementaram ao longo dos anos, passando de R\$180,34 em 2002 para R\$276,92 em 2007. A participação percentual das transferências para o SUS no total de gastos com saúde em Belo Horizonte segue extremamente importante para o município no custeio dos gastos em saúde.

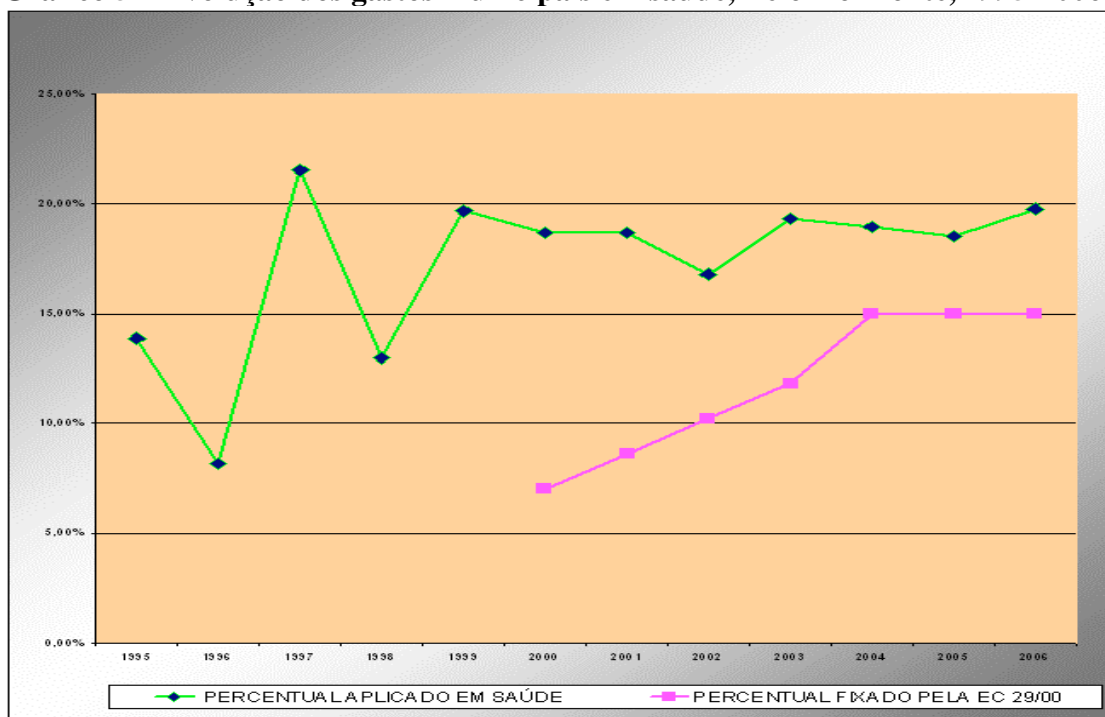
Tabela 7 – Indicadores municipais de financiamento do SUS, Belo Horizonte (MG), 2002-2007

Indicadores	2002	2004	2006	2007
% Participação da receita própria aplicada em saúde conforme a EC 29/2000	17,03	18,83	19,51	18,78
Despesas totais com saúde no município*	R\$ 595.780	R\$ 788.579	R\$ 928.359	R\$ 1.002.637
Despesa total com saúde, sob a responsabilidade do município, por habitante	R\$ 260,80	R\$ 338,88	R\$ 386,83	R\$ 415,53
Transferências SUS/habitante	R\$ 180,34	R\$ 223,78	R\$ 269,95	R\$ 276,92
% Participação das transferências da União para a saúde no total de recursos transferidos para a saúde no município	86,49	95,34	95,03	94,72
% Participação das transferências para a saúde em relação à despesa total do município com saúde	69,15	66,04	69,79	66,64

Fonte: SIOPS, 2008

* Valores correntes em R\$ 1.000,00

Gráfico 5 – Evolução dos gastos municipais em saúde, Belo Horizonte, 1995-2006



Fonte: SMSA/PBH, 2007b

O exame dos gastos do município com saúde por elemento de despesa indica o peso dos gastos com pessoal e com serviços de terceiros no montante das despesas setoriais, correspondendo juntos a mais de 87% das despesas de saúde em 2007. A proporção das despesas com pessoal vem crescendo durante os anos estudados: 32,2% em 2002, 36,9% em 2004, 39,6% em 2006 e 41,8% em 2007. Já a participação das despesas com terceiros – pessoa jurídica vem diminuindo a cada ano analisado: em 2002 atingiu a mais alta proporção do período com 59,1%, em 2004 caiu para 48,6%, continuando em queda em 2006 (48,5%) e em 2007, quando atingiu o percentual de 45,7%.

As despesas com medicamentos e investimentos em saúde no município sofreram alguma oscilação entre 2002 e 2007 e representaram em 2007 menos de 4% na composição dos gastos totais do SUS municipal.

Tabela 8 – Composição dos gastos totais do SUS municipal por tipo de despesa (%), Belo Horizonte (MG), 2002-2007

Indicadores	2002	2004	2006	2007
	%	%	%	%
Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	32,17	36,90	39,64	41,76
Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	0,86	1,94	1,69	1,33
Participação da despesa com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	59,09	48,59	48,50	45,74
Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	0,53	1,30	1,11	2,46

Fonte: SIOPS, 2008.

Quanto ao financiamento da atenção básica, considerando as receitas realizadas por administração direta no município de Belo Horizonte, em 2007, foram realizadas despesas no valor de 83.922.237,50 reais, decorrentes de transferências da União relativas ao PAB fixo (43%), e referente ao PAB variável (57%). Para a Estratégia Saúde da Família foram repassados pouco mais de 48 milhões de reais correspondendo às despesas do Saúde da Família, agentes comunitários de saúde e saúde bucal. Vale ressaltar que o financiamento da AB tem apresentado variação ao longo dos anos estudados, contando com de cerca de 55 milhões em 2002, aumentando para 86 milhões em 2004 e para 96 milhões em 2006, e diminuindo para 84 milhões em 2007.

Em 2007, o PAB variável ocupou 57% das transferências para atenção básica. Esta proporção apresenta certa variação, quando comparada aos anos anteriores (66% em 2006, 67% em 2004 e 56% em 2002).

Tabela 9 – Atenção Básica – Receitas realizadas por administração direta do município de Belo Horizonte (MG) (Valores correntes em R\$ 1,00)

Indicadores	2002		2004		2006		2007	
	valor	%	valor	%	valor	%	valor	%
Atenção Básica	54.993.152,64	100,0	85.892.755,48	100,0	95.889.383,03	100,0	83.922.237,50	100,0
<i>Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo)</i>	23.973.444,00	43,6	28.139.477,00	32,8	32.161.589,32	33,5	35.814.367,50	42,7
<i>Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável)</i>		56,4	57.753.278,48	67,2	63.727.793,71	66,4	48.107.870,00	57,3
	31.019.708,64							
Saúde da Família	13.487.375,00		33.090.200,00		32.733.800,00		32.167.800,00	
Agentes Comunitários de Saúde	5.907.693,32		7.910.460,00		9.894.200,00		11.799.270,00	
Saúde Bucal	930.666,67		3.949.709,50		4.220.800,00		4.140.800,00	
Epidemiologia e controle de doenças	7.572.502,45		9.789.824,63		11.715.831,10		-	
Farmácia básica	2.258.856,96		2.474.840,29		3.804.589,80		-	
Vigilância Sanitária			717.453,56		1.358.572,81		-	
	564.714,24							
Carências Nutricionais	297.900,00		-		-		-	

Fonte: SIOPS 2008.

Observações dos gestores sobre o financiamento da Estratégia Saúde da Família

O Secretário Municipal de Saúde de Belo Horizonte aponta dois motivos que possibilitaram a expansão da cobertura da Estratégia SF no município, em primeiro lugar uma decisão política do governo municipal, que nos últimos seis anos, adota a Estratégia SF como estruturante do sistema municipal de saúde e afirma a centralidade da atenção básica na organização da saúde. Em segundo lugar, aparece a alocação dos recursos financeiros. Ressalta ainda que a arrecadação da prefeitura está crescendo nos últimos anos e que o município tem investido cerca de 19% em saúde com recursos próprios. A Secretária Municipal Adjunta de Saúde corrobora com a fala do Secretário ao afirmar que a expansão da cobertura foi possível a partir da decisão política do governo municipal de aderir à estratégia SF e do financiamento da prefeitura, já que o financiamento à nível estadual e federal não era suficiente.

De acordo com a Coordenação de Atenção Básica, os incentivos financeiros do MS cobrem cerca de 1/3 das despesas da equipe. Contudo, somando outros incentivos, relacionados a medicamentos para atenção básica, por exemplo, acredita que a proporção de investimentos do MS passa a cobrir em torno de 55 a 60% dos custos das equipes.

Os gestores municipais de Belo Horizonte avaliam que os custos com a Estratégia SF são maiores do que os da atenção básica tradicional. Entretanto, afirmam que em termos de resultado, em médio prazo, pode trazer um custo menor em relação aos ganhos em saúde, ou seja, que a resposta da Estratégia SF seria muito mais efetiva.

VI. GESTÃO DO TRABALHO NA SAÚDE DA FAMÍLIA¹

A gestão do trabalho em saúde ganhou centralidade no processo de implementação da Estratégia Saúde da Família na medida em que a adoção do novo modelo assistencial ampliou e fixou o quadro de pessoal em nível municipal, paradoxalmente, no momento de transição econômica e de Reforma de Estado, que tinha como diretriz a diminuição da participação do Estado na prestação de serviços.

As Reformas Administrativas, efetuadas a partir de 1995, objetivaram a redução do papel do Estado e a diminuição dos gastos públicos, mas favoreceram a desregulamentação das relações de trabalho no setor público. Medidas ‘flexibilizadoras’, criadas por dispositivos legais complementares, modificaram as condições do uso da força de trabalho, de sua remuneração e de sua proteção, assim como de suas estruturas de representação – sindicatos e Justiça do Trabalho (Cardoso Jr., 2006). O Plano de Reforma Administrativa de 1995 estabeleceu novas normas jurídicas para o trabalho e permitiu que instituições privadas, em associação com o Estado, cumprissem seus objetivos de bem-estar social (Nogueira, 2006).

No setor público de saúde, essa tendência de afastamento dos princípios que orientavam o trabalho na administração pública afetou os estados e municípios, os quais, desde a Constituição de 1988, passaram a ser responsáveis pela prestação de serviços de saúde na sua integralidade, necessitando, para isto, reestruturar e ampliar seu quadro próprio de pessoal.

As medidas restritivas para a contratação de pessoal no setor público, entre elas, a Lei de Responsabilidade Fiscal, *versus* a demanda por recursos humanos resultou, nos estados e, sobretudo, nos municípios, na proliferação de contratos de trabalho pouco regulados, chamados de ‘contratos precários’, que eram mediados por cooperativas, por fundações privadas e por Organizações Não Governamentais (ONGs).

¹ Parte do texto foi elaborada com o apoio de Junia Marçal Rodrigues e Raquel Braga Rodrigues, consultoras da DM&P – Desenvolvimento de Mercados e Produtos LTDA (www.dmep.com.br) e pesquisadoras da Estação de Trabalho Observatório do Mercado de Trabalho em Saúde SUS/SES-MG em parceria com a FACE/UFMG (<http://www.face.ufmg.br/observatorio/>)

Nogueira (2006) chama a atenção para a especificidade do termo ‘precariedade’ dos contratos, quando se trata de trabalhadores no serviço público. Para ele, a precariedade se caracteriza quando o Estado não consegue fazer cumprir os requisitos constitucionais de concurso público (art.37, incisos I e II) e de aplicação geral do regime jurídico único de trabalho (art.39).

“Pode-se dizer que é irregular todo o vínculo de trabalho em que o trabalhador foi admitido na instituição pública sem concurso ou seleção de natureza pública, sendo exceção o trabalhador terceirizado admitido nas áreas não-finalísticas (como serviços gerais, segurança) mediante normas legais de licitação.” (Nogueira, 2006:5)

O Programa de Saúde da Família (PSF), implantado neste período, foi um dos que mais sofreram o impacto oriundo desse novo arranjo político-institucional, como demonstram diversos estudos que evidenciam um percentual elevado de trabalhadores de saúde vinculados por meio de diferentes entidades (Nogueira, 2006; Escorel et al., 2002; Mendonça, 2007).

O PSF, ao se expandir para os grandes centros urbanos, onde encontrava uma estrutura de serviços já consolidada, teve o desafio de **combinar diversas estratégias de emprego, utilizando diferentes vínculos trabalhistas**. A elaboração de **novo perfil profissional** a partir da relação de trabalho e do processo de educação continuada não excluiu o aproveitamento do quadro estatutário das Secretarias Municipais de Saúde, sob a condição de que os profissionais aceitassem a alteração do processo de trabalho e a pactuação de alguma forma de complementação salarial no PSF (Mendonça, 2007).

A presente pesquisa contempla as perspectivas de diferentes atores que compõem e integram a rede de relações de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), buscando uma visão global do processo de implementação da Estratégia Saúde da Família nesse contexto de mudanças na organização do trabalho, por meio de entrevistas com trabalhadores de todas as categorias, com gestores e com representantes das entidades profissionais.

A tendência dos anos 1990 e início da década de 2000 de **combinar diferentes estratégias para a inserção profissional em face da implementação da Estratégia Saúde da Família** pode não ser confirmada nesta pesquisa. Já se evidenciam novos parâmetros para a

gestão do trabalho, em que os contratos ‘*precários*’ estão sendo substituídos por quadros próprios mediante a realização de concursos públicos.

A pesquisa, assim, busca investigar quanto o modelo de incorporação de pessoal pelos municípios está diretamente relacionado com as políticas de incorporação de pessoal do governo federal que, no primeiro momento² (1995 a 2004), restringiu os concursos públicos e estimulou outras formas de contratação e, no segundo momento³ (2005-2008), estabeleceu como meta a regularização das relações de trabalho no setor público.

Outra variável importante levantada pela pesquisa é a **particularidade do processo de trabalho e da estrutura ocupacional no setor público de saúde**, que gerou impacto no mercado de trabalho do setor saúde e o diferencia do mercado de trabalho mais geral. Na saúde, funções e atividades diretamente relacionadas a determinadas categorias profissionais exigem qualificação própria e são reguladas externamente, com o controle do poder público (Dedecca et al., 2004).

Isso remete a uma terceira variável, que é a **qualificação de recursos humanos**, a qual se coloca atualmente na literatura sobre gestão como um diferencial competitivo no mercado de trabalho e como forma de garantir eficiência e eficácia às propostas e projetos institucionais.

As inserções de diferentes categorias profissionais no mercado de trabalho público e privado, tanto em sua dimensão ocupacional quanto em sua extensão, se refletem na Estratégia Saúde da Família pela dificuldade dos municípios em fixar os profissionais médicos e fazê-los cumprir a carga horária integral de 40 horas semanais.

Este quadro reforça a discussão apresentada aos gestores entrevistados no que se refere à dificuldade de contratação e de fixação dos médicos no PSF, bem como a sua resistência em cumprir a jornada semanal de 40 horas, já observada em outros estudos (Escorel et al., 2002).

² Governo FHC (dois mandatos) e primeiro mandato do Governo Lula.

³ Segundo mandato do Governo Lula.

Na área da saúde, os avanços da ciência e o desenvolvimento tecnológico acelerado, característicos do novo modo de produção, implicam a necessidade de constante atualização de seus profissionais e uma base de conhecimentos interdisciplinar sólida, que lhes permitam enfrentar a diversidade e a ‘adversidade’ do processo saúde no mundo atual. De modo específico, sendo a Estratégia Saúde da Família um novo modelo de organização da atenção, a necessidade de formação e de desenvolvimento dos profissionais de maneira permanente, voltada para a realidade social, torna ainda maior o desafio da qualificação, pois questiona as formas tradicionais já consolidadas e socialmente reconhecidas de educação.

Assim, a qualificação surge na discussão a respeito das políticas de recursos humanos em saúde como componente que permite criar e manter a oferta de recursos humanos adequados às necessidades do sistema de saúde, debate que ganha força quando se considera o contexto de mudança na organização do sistema com a implantação e a expansão da Estratégia Saúde da Família.

Este quadro reforça uma preocupação, dentre outras, relativa à garantia das competências e das habilidades-chave dos profissionais para cumprir os objetivos definidos (Pierantoni, Varella e França, 2004). Souza et al. (2002) afirmam que aqueles com estas novas competências, são "profissionais que não estão disponíveis no mercado de trabalho, porque tradicionalmente foram formados e preparados para atuar no modelo tradicional".

No Brasil, a especialização da categoria médica é obtida basicamente através de dois mecanismos: o exame de ordem, realizado por sociedades de especialistas, e as residências médicas, que exigem do residente tempo integral por um período de aproximadamente dois anos (Machado et al., 1997).

O Programa de Residência Médica confere ao residente o título de especialista, porque constitui uma modalidade de ensino de pós-graduação que funciona em instituições de saúde sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, pelo que é considerado o ‘padrão ouro’ da especialização médica (MEC/SESU).

No entanto, a compatibilização entre a formação médica recebida e a atuação na equipe saúde da família é discutida por alguns autores. Seixas e Stella (2002:348) e Padilha (2002)

destacam que a formação médica pós-graduada está centrada em especialidades e subespecialidades para ações de média e alta complexidade, o que forma profissionais com carência de capacitação para desenvolver ações voltadas à proteção e à promoção da saúde. Os autores ressaltam que a formação em medicina ainda é tradicionalmente organizada mediante disciplinas desarticuladas, com ciclos básico e clínico separados, além de ser centrada na doença e no atendimento hospitalar.

Seria criada assim uma divergência entre as expectativas do profissional e o que é esperado dele, tendo-se em mente o modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família. Os médicos passam a ver na especialização e no contato com a tecnologia na área uma possibilidade de obter padrão de vida elevado, além de ter como objetivo a fixação em grandes centros urbanos, onde há possibilidade de formação, de aperfeiçoamento profissional, de acesso a tecnologias e à sociedade de consumo (Seixas e Stella, 2002; Gugliemi, 2006).

Em 2003 foi aprovada a Residência em Saúde da Família e Comunidade, com enfoque comunitário, destinada a formar médicos especialistas na Atenção Primária, para atuarem na perspectiva da promoção de saúde. Inicia-se, portanto, novo modelo de residência médica, cujo *locus* de atuação foge ao modelo tradicional localizado no sistema hospitalar.

A estratégia de residência como forma de qualificação e especialização dos profissionais de saúde vem se estendendo para as demais profissões, como Cursos de Especialização nos moldes da residência, com o objetivo de qualificar os profissionais de saúde para trabalhar na equipe de saúde da família. Esta é uma Residência orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, com base nas necessidades e realidades locais e regionais, e abrange as profissões da área da saúde, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (Resolução CNS nº 287/1998).

Neste sentido, buscou-se analisar, na presente pesquisa, as modalidades de gestão do trabalho em saúde em cada município, assim como conhecer o perfil dos profissionais das equipes da saúde da família quanto a sua formação e à experiência anterior de trabalho, de inserção institucional e de qualificação para atuação na Estratégia.

Em Belo Horizonte, na gestão do trabalho da Saúde da Família observou-se como traço marcante da visita de campo a substituição dos quadros terceirizados em todas as categorias profissionais através da aplicação do instrumento de concurso público, visando ao melhor desempenho das ações de saúde. Essa forma de inserção, todavia esbarra ainda na dificuldade de fixar os médicos e garantir a carga horária de 40 horas semanais, fato inerente à estrutura ocupacional no mercado de trabalho público e privado de saúde pela forte presença – no imaginário – da prática liberal da medicina como concorrente.

Gestores e representantes de entidades profissionais tendem a justificar tal atitude por parte da categoria pelo alto investimento dos profissionais médicos em formação, o que não encontra correspondência com a perspectiva de ascensão na carreira pública em atenção primária. No município de Belo Horizonte, que conta com Residência de Medicina de Família, o gestor identifica que a procura por esta é apenas um degrau na formação que visa a outras especialidades. Nesse sentido, em Belo Horizonte, a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) empreende iniciativas de parceria com as universidades para capacitação e especialização na área de Saúde da Família e em residências multiprofissionais.

Diferentemente, os odontólogos buscam expandir seu mercado de trabalho no setor público, via a constituição de equipes de Saúde Bucal na atenção primária, embora não se tenha obrigatoriedade de carga horária. Para os profissionais de enfermagem, a questão da autonomia profissional para realização de procedimentos e prescrições entra em tensão com a hegemonia do médico e a inexistência de um farmacêutico nas Unidades de Saúde da Família (USF).

1. GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte tem em sua estrutura organizacional uma Gerência de Gestão, Trabalho e Educação em Saúde, que é responsável pelo conjunto dos profissionais, incluindo os que atuam na Estratégia Saúde da Família. Esta Gerência substituiu, na atual administração, a Gerência de Planejamento e Acompanhamento de Recursos Humanos.

Tal mudança ampliou a atuação da Gerência para além das atividades de seleção, monitoramento e avaliação da força de trabalho, pois ela assumiu também atividades de

capacitação, consideradas pelos atuais gestores como ponto estratégico para a gestão do cuidado, além de transformar o Núcleo de Capacitação da antiga gerência em Centro de Educação em Saúde.

A gerente de Gestão, Trabalho e Educação em Saúde afirma que esta visão abrangente da gestão do trabalho é compartilhada por todos os gestores: *“todas as Gerências têm esse aporte da gestão do trabalho e da educação... Esta é uma gerência de articulação, não caminha sozinha”*.

Não há núcleo separado para a gestão dos recursos humanos do PSF. As ações são planejadas de forma articulada com as demais Gerências, sobretudo a de Assistência, inclusive no que se refere ao planejamento dos concursos públicos, realizados por áreas para o conjunto da SMSA, incluindo a atenção básica, a secundária, as urgências e as emergências.

Existe hoje, na Secretaria Municipal de Saúde, um Comitê de Gestão, Trabalho e Educação em Saúde vinculado ao Gabinete do Secretário. A nova política de gestão do trabalho iniciada pela nova Gerência acarreta sua descentralização para cada um dos nove Distritos Sanitários onde há estrutura de gerência e, mais recentemente, se formaram também Comitês Regionais, que têm como principal diretriz a articulação dos processos de formação em saúde com o processo de trabalho.

No momento, para o secretário municipal de saúde, a principal dificuldade para a consolidação da Estratégia Saúde da Família em Belo Horizonte refere-se à questão de recursos humanos, embora já tenham sido realizados três concursos públicos. Segundo o secretário, a rotatividade dos médicos ainda é importante e conseguir a adesão destes profissionais à carreira e à formação do generalista constitui um desafio dessa gestão.

Ao analisar a trajetória de sua gestão, o secretário identifica que o ano de 2002, quando se iniciou o processo de implantação da Estratégia Saúde da Família, caracterizou-se por ser de experimentação, com ritmo menos acelerado de implementação das mudanças. Inicialmente, foram previstas 170 equipes e, no primeiro momento, visando ganhar a adesão dos profissionais, optou-se por deixar que os médicos escolhessem os locais de trabalho para, a partir daí, montar a equipe.

Isto teria causado certa “*anarquia na alocação de recursos humanos*” (sic) já que as Unidades centrais tiveram maior procura e as áreas críticas ficaram a descoberto. Foi preciso, no entanto, afirmar esta nova política de governo e por isso se iniciou a modalidade de contratação provisória por contrato administrativo de profissionais que não eram da rede para complementar as equipes previstas.

Outra estratégia adotada foi a de investir na formação desses profissionais através de uma parceria do Ministério da Saúde com a Universidade Federal de Minas Gerais para a estruturação de cursos de especialização de médicos e enfermeiros. “*Isso nasceu quase junto com a implantação. Foi uma estratégia que considero acertada porque todos os senões e críticas que depois tivemos nos fizeram repensar o formato e a adequação do curso à nossa realidade. Essa foi uma iniciativa estratégica muito adequada na implantação*” (secretário municipal de saúde).

De acordo com o secretário, no momento da realização da pesquisa, a Estratégia Saúde da Família, contando 513 equipes, estaria na terceira fase do processo de sua implementação (como discutido no capítulo V), que se caracteriza pelo foco na qualificação de todo o pessoal envolvido, com grande investimento na formação das pessoas. Estão sendo ampliadas as parcerias com as Universidades para a realização de cursos de formação e especialização, bem como de novas especializações em odontologia, saúde bucal e serviço social.

Na mesma linha de prioridade para a qualificação, a SMSA está investindo na área de enfermagem, na formação de agentes comunitários de saúde (ACS) e no aprimoramento do trabalho, discutindo o processo de trabalho interno, o acolhimento e o sistema de referenciamento, entre outros temas. Para os gestores locais, a necessidade de qualificação é permanente. “*Eu acho que essa terceira fase vai ficar como um processo permanente*” (secretário municipal de saúde).

Na percepção do gerente da Gestão do Trabalho e do gerente da Assistência, a sustentabilidade do SUS depende da vinculação profissional, da conseqüente desprecarização do trabalho e da educação continuada, entendida como mecanismo de gestão e do processo de qualificação do trabalho.

A possibilidade de qualificação oferecida aos profissionais de saúde é considerada pelos gestores como significativo diferencial do município, e o concurso público é destacado como a forma mais adequada de composição do quadro de pessoal.

Sem dúvida, essa estratégia não elimina um dos problemas mais críticos da equipe de saúde da família em nível nacional, que é a alta rotatividade da categoria médica, para a qual contribuem o financiamento do setor e o mercado de trabalho.

A secretária adjunta da Saúde chama a atenção para o fato de que não haveria médicos disponíveis no mercado para atender os 25% da população municipal não coberta pelo PSF (no caso de BH, a cobertura populacional do PSF é de 75% da população) e acrescenta que o principal desafio é estabilizar as equipes de saúde da família existentes. *“Já fizemos três concursos, mais de 1.000 médicos passaram por nossas 500 Equipes Saúde das Famílias (...) É muito difícil ser médico de saúde da família”*

Segundo a gestora, o município desenvolveu diversas estratégias para o estímulo da prática de atenção primária. Por exemplo, a valorização da Medicina de Família, a construção de espaços para pesquisa, os incentivos às residências em medicina de família e a reforma das Unidades de Saúde das Famílias, de modo a reduzir gradativamente a margem de instabilidade de suas equipes.

Uma das inovações da área de gestão do trabalho foi a implantação da Mesa de Negociação do SUS (MESUS), que é um espaço colegiado, onde estão representados os Sindicatos ligados à área da saúde, assim como os representantes dos trabalhadores e dos gestores, com o objetivo de mediar os conflitos e de atuar como espaço de negociação e de discussão. Funciona por meio de reuniões ordinárias mensais, reuniões em caráter de urgência ou em momentos de sobrecarga da pauta.

A outra instância de mediação e de encaminhamento das questões referentes ao trabalho e ao trabalhador é o Conselho Municipal de Saúde (CMS), que, no município de Belo Horizonte, está instituído e organizado através de Câmaras Técnicas, possibilitando uma escuta qualificada para todo tipo de reivindicação ou demanda dos trabalhadores.

A gerente de Gestão, Trabalho e Educação em Saúde comenta que ao CMS chegam as questões do dia-a-dia, que se referem mais às queixas individuais, já que as questões coletivas são organizadas e vão para a pauta da MESUS.

Existe também, na Secretaria Municipal de Saúde, um núcleo de acompanhamento sociofuncional, para onde são encaminhadas questões relacionadas à inadequação, seja por doença ou necessidade de ‘acompanhamento sociofuncional’. São questões pontuais, individuais, mas que, muitas vezes, fornecem indícios que levam o gestor a detectar problemas nas unidades (sic).

2. PERFIL DAS EQUIPES

O perfil dos profissionais de Saúde da Família que atuam no município de Belo Horizonte foi construído a partir da análise de algumas variáveis dos questionários respondidos por médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem que compõem as equipes. Assim, são indicadas as principais características dos profissionais quanto ao sexo, à faixa etária, à escolaridade e à formação profissional, à experiência anterior de trabalho no modelo PSF, ao perfil de participação em fóruns de formulação de políticas no âmbito municipal e também em órgãos representativos de categorias profissionais.

Observa-se a predominância significativa do sexo feminino para as categorias enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Somente entre os médicos, a distribuição entre sexo feminino (58%) e masculino (42%) é mais equitativa. Entre os enfermeiros, a predominância de mulheres é bastante expressiva (92%), assim como entre os agentes comunitários de saúde (ACS) e auxiliares/técnicos de enfermagem, para os quais o percentual para profissionais do sexo feminino é acima de 90%.

Tabela 1 – A1 Médicos e Enfermeiros, segundo sexo, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Sexo	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Feminino	42	58,3	69	92,0	111	75,5
Masculino	30	41,7	6	8,0	36	24,5
Total	72	100,0	75	100,0	147	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 2 – A1 Agentes Comunitários de Saúde, segundo sexo, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Sexo	n	%
Feminino	162	95,3
Masculino	8	4,7
Total	170	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 3 – A1 Auxiliares/ técnicos de enfermagem, segundo sexo, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Sexo	n	%
Feminino	83	93,3
Masculino	6	6,7
Total	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

A idade mínima encontrada para médicos e enfermeiros foi de 24 anos. A idade máxima dos enfermeiros (69 anos) foi superior à máxima dos médicos (57anos). Já a média das idades para médicos e enfermeiros é bastante próxima, 36 e 39 anos respectivamente.

A idade mínima entre os ACS é de 21 anos, valor próximo à idade mínima dos auxiliares/técnicos de enfermagem e um pouco inferior à mínima dos médicos. A idade máxima de 64 anos para os ACS é inferior à idade máxima dos enfermeiros (69 anos) e superior à máxima dos auxiliares/técnicos de enfermagem (61 anos). Já a média de idade dos ACS (36 anos) é a mesma dos médicos, um pouco inferior à dos enfermeiros (39 anos) e mais distante da média dos auxiliares/técnicos de enfermagem (45 anos).

As faixas etárias predominantes para os médicos e enfermeiros compreendem os grupos até 30 anos (31%) e de 31 a 40 anos (37%). Para os médicos, em especial, há predomínio de profissionais mais jovens, diferentemente do que ocorre entre os enfermeiros.

Tabela 4 – A2 Idade dos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Idade	Total Válido	Não respondeu	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mediana
Médico	72	0	24	57	36,0	9,4	33
Enfermeiro	75	0	24	69	38,9	10,6	37
Total	147	0	24	69	37,4	10,1	35

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 5 – A2 Médicos e Enfermeiros, segundo faixa etária, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Idade	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Até 30 anos	25	34,72	21	28,00	46	31,29
31 - 40 anos	28	38,89	25	33,33	53	36,05
41 - 50 anos	9	12,50	21	28,00	30	20,41
51 - 60 anos	10	13,89	4	5,33	14	9,52
61 e mais anos	-	-	4	5,33	4	2,72
Total	72	100,00	75	100,00	147	100,00

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 6 – A2 Idade dos Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

N Válido	Não respondeu	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio-padrão
167	3	21	64	36,5	35	9,3

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 7 – A2 Idade dos auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

	Total Válido	Não respondeu	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mediana
A2 Idade	86	3	20	61	45,0	9,1	45

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Formação dos profissionais

No total de profissionais de nível superior pesquisados, 49% são médicos e 51% são enfermeiros das equipes de saúde da família. A maioria tem alguma pós-graduação. Do total de médicos e enfermeiros pesquisados, 27% não possuem nenhum tipo de pós-graduação. Apenas 19% dos enfermeiros e 35% dos médicos informaram não ter realizado curso de especialização.

Entre os profissionais de nível superior, **os enfermeiros apresentam percentual (77%) de profissionais com especialização completa maior que o dos médicos (53%)**. O percentual destes com residência médica é de 31%. Já quanto ao mestrado e ao doutorado, que implicam formações mais acadêmicas, a situação é similar, com poucos profissionais

formados entre os médicos (1,4%) e enfermeiros (4%), sem se ter registro de profissional que tenha concluído curso de doutorado.

Entre os ACS pesquisados prevalece a formação de ensino médio completo (75%); 23% possuem ensino fundamental completo, que 1,8% ainda não concluíram. Do total desses profissionais, 77% dos ACs não estudam no momento presente e estão aproximadamente há 07 anos sem estudar. Entre os que estudam (23%), registrou-se que 7% dos ACS estão cursando o ensino médio, enquanto 4%, o ensino superior e 3%, o curso técnico.

Entre os auxiliares/técnicos de enfermagem predomina (79%) a formação de ensino médio completo, mas 10% dos profissionais pesquisados possuem também ensino superior completo. Do total de profissionais auxiliares/técnicos de enfermagem, 78% não estudam atualmente e já estão há cerca de 10 anos sem estudar. Entre os que estudam presentemente (23%) predomina o curso de enfermagem. A conclusão do curso de auxiliar/técnico de enfermagem, para os que o cursaram, teve lugar, em média, há 15 anos.

Em síntese, a formação de ensino médio predomina entre os auxiliares/técnicos de enfermagem e entre os ACs pesquisados. O percentual de profissionais que não estudam no momento presente é o mesmo nas duas categorias, embora seja um pouco menor o tempo (07 anos) em que os ACS pararam de estudar. Entre os profissionais que estudam atualmente, prevalece a realização do curso superior de enfermagem entre os auxiliares/técnicos de enfermagem e a do ensino médio entre os ACS.

Tabela 8 – A4 Médicos e Enfermeiros, segundo pós-graduação, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Pós-graduação	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
I - Não tem pós-graduação	25	34,7	14	18,7	39	26,5
II - Especialização completa	38	52,8	58	77,3	96	65,3
III - Residência completa	22	30,6	-	-	22	15,0
IV - Mestrado completo	1	1,4	3	4,0	4	2,7
V - Doutorado completo	-	-	-	-	-	-

Observação: n= 72 médicos e 75 enfermeiros afirmaram fazer algum tipo de pós-graduação.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 9 – A3 Agentes Comunitários de Saúde, segundo escolaridade, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Escolaridade	n	%
Ensino fundamental (primeiro grau) completo	39	22,9
Ensino médio (segundo grau) completo	127	74,7
Ensino superior (terceiro grau) completo	1	,6
Não concluiu o ensino fundamental	3	1,8
Total	170	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 10 – A4 Prática de estudo dos Agentes Comunitários de Saúde atualmente, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Estudo	n	%
Sim	39	22,9
Não	131	77,1
Total	170	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 11 – A4.1 Série/curso atualmente frequentado por Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Série/curso	n	%
Ensino Médio	12	30,8
Ensino Superior	7	18,0
Curso técnico	5	12,8
Supletivo	4	10,3
Capacitação de ACS	3	7,7
Magistério	2	5,1
Pré-vestibular	2	5,1
EJA	1	2,6
Não respondeu	3	7,7
Total	39	100,00

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 12 – A4.2 Tempo em que os Agentes Comunitários de Saúde pararam de estudar, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

N Válido	Não respondeu	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio-padrão
124	46	1	46	10	7	9

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 13 – A3 Auxiliares/ técnicos de enfermagem, segundo escolaridade, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Escolaridade	n	%
Ensino fundamental (primeiro grau) completo	9	10,1
Ensino médio (segundo grau) completo	70	78,7
Ensino superior (terceiro grau) completo	9	10,1
NSI	1	1,1
Total	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 14 – A4 Prática de estudo dos Auxiliares/técnicos de enfermagem atualmente, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Estudo	n	%
Sim	20	22,5
Não	69	77,5
Total	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 15 – A4.1 Série/course atualmente frequentado por Auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Curso	n	%
Enfermagem	10	50,0
Direito	1	5,0
Técnico em Radiologia	1	5,0
Especialização em Gestão Saúde	1	5,0
Outros	7	35,0
Total	20	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 16 – A4.2 Tempo em que os Auxiliares/ técnicos de enfermagem pararam de estudar, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Total Válido	Não respondeu/ NSA	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mediana
63	26	,1	31,0	12,3	8,4	10,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 17 – A5 Tempo que completou o curso de Auxiliar/ técnico (Anos) dos auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Total Válido	Não respondeu	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mediana
86	3	0	42	15,8	7,8	15

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Do total de profissionais médicos (38) e enfermeiros (58) que informaram já ter concluído um curso de especialização, 41% especializaram-se em saúde da família. O percentual entre os enfermeiros (47%) é mais elevado que entre os médicos (32%). No entanto, deve-se considerar também que 13% dos médicos realizaram especialização em medicina de família e comunidade, do mesmo modo que 11% desses profissionais possuem especialização em especialidades básicas.

Em relação ao tempo de conclusão do primeiro curso de especialização, 54% dos profissionais finalizaram o curso há menos de 5 anos.

Tabela 18 – A4 IIa Primeiro curso de especialização concluído informado pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Especialização	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Administração em Saúde	1	2,6	5	8,6	6	6,3
Enfermagem	-		5	8,6	5	5,2
Enfermagem do trabalho	-		2	3,4	2	2,1
Enfermagem Obstétrica	-		1	1,7	1	1,0
Especialidades Básicas	4	10,5	2	3,4	6	6,3
Medicina da família e comunidade	5	13,2	-		5	5,2
Outras especialidades médicas	12	31,6	1	1,7	13	13,5
Saúde da Família	12	31,6	27	46,6	39	40,6
Saúde Pública	4	10,5	13	22,4	17	17,7
Não respondeu	-		2	3,4	2	2,1
Total	38	100,00	58	100,00	96	100,00

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 19 – A4IIB Tempo de conclusão do primeiro curso de especialização dos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Tempo de conclusão	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Até 5 anos	24	63,2	28	48,3	52	54,2
6 a 10 anos	6	15,8	13	22,4	19	19,8
11 a 20 anos	2	5,3	7	12,1	9	9,4
Mais de 20 anos	3	7,9	1	1,7	4	4,2
Não respondeu	3	7,9	9	15,5	12	12,5

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Considerando a segunda especialização informada pelos médicos e enfermeiros, tem-se que 25% dos profissionais concluíram especialização em saúde da família, mas esse percentual é mais elevado entre os enfermeiros (28%) que entre os médicos (21%). Também, o tempo de conclusão do segundo curso de especialização ocorreu predominantemente há menos de 5 anos.

Tabela 20 – A4IIC Segundo curso de especialização concluído informado pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Especialização	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Especialidades básicas	2	5,3	1	1,7	3	3,1
Medicina da família e comunidade	1	2,6	-	-	1	1,0
Outras especialidades	-	-	1	1,7	2	2,1
Outras especialidades médicas	5	13,2	2	3,4	6	6,3
Saúde da família	8	21,1	16	27,6	24	25,0
Saúde pública	-	-	1	1,7	1	1,0
Enfermagem do trabalho	-	-	2	3,4	2	2,1
Saúde mental	-	-	1	1,7	1	1,0

Observação: n=38 médicos com especialização completa e n=58 enfermeiros com especialização completa.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 21 – A4IID Tempo de conclusão do segundo curso de especialização informado pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Tempo de conclusão	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Até 5 anos	13	34,2	19	32,8	33	34,4
6 a 10 anos	1	2,6	3	5,2	4	4,2
11 a 20 anos	1	2,6	1	1,7	2	2,1
Não respondeu	2	5,3	1	1,7	3	3,1

Observação: n=38 médicos com especialização completa e n=58 enfermeiros com especialização completa.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Quanto à residência médica realizada por 20% dos médicos pesquisados, verificou-se que, para a primeira residência, predominam (82%) as especialidades básicas, com intervalos de tempo de conclusão mais frequentes entre 11 a 20 anos (46%) ou há menos de 5 anos (23%).

A segunda residência médica foi informada por quatro profissionais e apresenta maior frequência (14%) também para outras especialidades médicas. Já o intervalo de tempo predominante para a conclusão da segunda residência é entre 6 a 10 anos.

Tabela 22 – A4IIIA Primeira Residência completa informada pelos Médicos, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Residência	Médico	
	n	%
Especialidades básicas	18	81,8
Medicina de família e comunidade	2	9,1
Outras especialidades médicas	1	4,5
Não respondeu	1	4,5
Total	22	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 23 – A4IIIB Tempo do primeiro curso de residência informado pelos Médicos, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Tempo de conclusão	Médico	
	n	%
Até 5 anos	5	22,7
6 a 10 anos	1	4,5
11 a 20 anos	10	45,5
Mais de 20 anos	4	18,2
Não respondeu	2	9,1
Total	22	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 24 – A4IIIC Segunda residência completa informada pelos Médicos, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Residência	Médico	
	n	%
Saúde da família	1	4,5
Outras especialidades médicas	3	13,6
DNAT	1	4,5

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 25 – A4IIID Tempo de conclusão do segundo curso de residência informado pelos Médicos, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Tempo de conclusão	Médico	
	n	%
Até 5 anos	1	4,5
6 a 10 anos	3	13,6
11 a 20 anos	2	9,1

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Entre os profissionais de nível superior pesquisados, tanto médicos como enfermeiros, é baixa a frequência dos que informaram ter o curso de mestrado completo. O período de conclusão do curso de mestrado entre os médicos e enfermeiros que o completaram tem como referência o intervalo de tempo inferior a 10 anos.

Tabela 26 – A4IVA Mestrado completo informado pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Mestrado	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Aconselhamento HIV	-	-	1	0,33	1	0,33
Enfermagem	-	-	1	0,33	1	0,33
Reumatologia	1	100,00	-	-	1	100,00
Não respondeu	-	-	1	0,33	1	0,33
Total	1	100,00	3	100,00	4	100,00

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 27 – A4IVB Tempo de conclusão do curso de mestrado informado pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Tempo de conclusão	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Até 5 anos	-	-	1	25,0	1	25,0
6 a 10 anos	1	25,0	1	25,0	2	50,0
Não respondeu	-	-	1	25,0	1	25,0
Total	1	25,0	3	75,0	4	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ

Perguntados especificamente quanto ao curso de especialização com enfoque em saúde da família, 76% dos enfermeiros e 56% dos médicos informaram tê-lo realizado. Entre os médicos, 28% detinham título de especialista em medicina de família e comunidade.

Tabela 28 – A5 Realização de curso de especialização com enfoque em Saúde da Família pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008'

Especialização em Saúde da Família	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	40	55,6	57	76,0	97	66,0
Não	32	44,4	18	24,0	50	34,0
Total	72	100,0	75	100,0	147	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 29 – A6 Título de especialista em medicina de família e comunidade, segundo Médicos, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Título	n	%
Sim	20	27,8
Não	51	70,8
Não respondeu	1	1,4
Total	72	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Experiência de trabalho anterior em Saúde da Família

Em relação à experiência de trabalho anterior no PSF, os profissionais de nível superior já possuíam experiência no mesmo município (31%) ou em outro município (34%). Entre os médicos predomina a experiência anterior em outro município que não Belo Horizonte (40%), enquanto é maior a proporção de enfermeiros com experiência anterior em trabalho no PSF no município atual (37%). Entre estes, ainda há o percentual de 39% de enfermeiros que não tiveram experiência anterior no PSF, maior do que entre os médicos (32%).

Entre os ACS pesquisados prevalecem profissionais (97%) sem experiência anterior de trabalho no PSF, assim como entre os auxiliares/técnicos de enfermagem: 84% deles não possuíam experiência anterior de trabalho no PSF, e 12% tinham experiência no município atual.

Tabela 30 – A7 Experiência anterior em trabalho no PSF de Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Experiência anterior	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim, neste mesmo município	18	25,0	28	37,3	46	31,3
Sim, em outro município	29	40,3	21	28,0	50	34,0
Sim, em outro estado	3	4,2	0	,0	3	2,0
Não teve experiência anterior	23	31,9	29	38,7	52	35,4

Observação: n = 72 médicos e n = 75 enfermeiros.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 31 – A6 Experiência anterior em trabalho no PSF dos Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Experiência	n	%
Sim, neste mesmo município.	5	2,9
Não teve experiência anterior.	165	97,1
Total	170	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 32 – A6 Experiência anterior em trabalho no PSF de Auxiliares/técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Experiência	n	%
Sim, neste mesmo município.	11	12,4
Sim, em outro município.	2	2,2
Não teve experiência anterior.	75	84,3
NSI	1	1,1
Total	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Vale destacar que, entre os ACS pesquisados, 25% possuíam experiência anterior em atividade comunitária, com o tempo mediano de dedicação de 4 anos. Das atividades comunitárias realizadas e informadas por esses profissionais pode-se citar, como exemplo, a participação em diferentes instituições, predominando aquelas relacionadas às igrejas e à pastoral da criança e saúde, os trabalhos em associações comunitárias e com grupos de jovens. Ainda se destacam as atividades voluntárias voltadas para a educação de adultos, com analfabetos, de reforço escolar e de atuação junto a grupos diversos.

Tabela 33 – A7 Experiência anterior dos Agentes Comunitários de Saúde em atividade comunitária, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Atividade comunitária anterior	n	%
Sim	42	24,7
Não	126	74,1
Não respondeu	2	1,2
Total	170	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 34 – A7.1 Tempo em que os Agentes Comunitários de Saúde realizaram outro tipo de atividade comunitária, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

N Válido	Não respondeu	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio-padrão
39	131	1	30	6	4	6

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 35 – A7.1.2 Tipo de atividade comunitária realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Atividade comunitária	n	%
Trabalho comunitário	6	14,3
Associações	5	11,9
Igreja/Pastoral	19	45,2
Gestão/Institucional	4	9,5
Alfabetização de adultos	1	2,4
Liderança comunitária, Núcleo de risco	1	2,4
Diretoria social	1	2,4
Voluntariado	1	2,4
Não respondeu	4	9,5
Total	42	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Participação em entidades representativas

Grande parte dos profissionais de nível superior (74%) não integra qualquer organização de representação da categoria profissional. A participação nesse tipo de entidade é mais importante entre os médicos (33%) do que entre os enfermeiros (20%).

Os ACS são os profissionais que menos participam de organização de representação da categoria profissional (91%).

A participação em órgãos de representação por parte dos auxiliares/técnicos de enfermagem é próxima à dos profissionais de nível superior (25%) e maior que a dos enfermeiros.

Entre os profissionais de nível superior que integram alguma organização representativa da categoria profissional, a participação em sindicato prevalece para os médicos e enfermeiros, seguida da participação em associações profissionais e em conselhos profissionais.

Entre os ACS que participam de organização representativa, a distribuição é próxima no que se refere a sindicatos, a conselhos e a colegiados.

Para os auxiliares/técnicos de enfermagem que fazem parte de alguma organização representativa da categoria profissional, predomina a participação no sindicato.

De maneira geral, o perfil dos profissionais atuantes na equipe de saúde da família é de baixa participação em organização representativa de suas categorias profissionais.

Tabela 36 – E14 Participação em organização de representação da categoria profissional informada pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Participação	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	24	33,3	15	20,0	39	26,5
Não	48	66,7	60	80,0	108	73,5
Total	72	100,0	75	100,0	147	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 37 – E14 Participação em organização de representação da categoria profissional informada pelos Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Participação	n	%
Sim	15	8,8
Não	154	90,6
Não respondeu	1	,6
Total	170	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 38 – E14 Participação organização de representação da categoria profissional informada pelos Auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Participação	n	%
Sim	22	24,7
Não	67	75,3
Total	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 39 – E14AUX Organização de representação da categoria profissional no qual participa informado pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Organização	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Associação Profissional	7	29,2	2	13,3	9	23,1
Conselho Profissional	3	12,5	3	20,0	6	15,4
Sindicato	12	50,0	9	60,0	21	53,9
Não especificou	2	8,3	1	6,7	3	7,7
Total	24	100,0	15	100,0	39	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 40 – E14.1 Organização de representação da categoria profissional na qual participa informada pelos Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Organização	n	%
Conselho profissional	4	2,4
Colegiado	3	1,8
Sindicato	3	1,8
Representante da base do bairro	1	0,6
Reunião de Comissão Local de Saúde	1	0,6
Não respondeu	3	1,8

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 41 – E14 AUX Organização de representação da categoria profissional na qual participa informada pelos Auxiliares/técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Organização	n	%
Associação	4	4,5
Conselho	4	4,5
Sindicato	14	11,2

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

O **perfil dos profissionais** pesquisados sinaliza a predominância do sexo feminino entre todas as categorias profissionais, exceto para os médicos, que possuem distribuição mais equitativa. A média de idade dos auxiliares/técnicos de enfermagem é superior à das demais categorias profissionais pesquisadas. A escolaridade predominante entre os ACS e os auxiliares/técnicos de enfermagem é de segundo grau completo e os auxiliares estão há mais tempo sem estudar que os agentes comunitários de saúde.

Entre os profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros), o número dos que possuem especialização em saúde da família é elevado. Perguntados especificamente quanto à realização de curso de especialização com enfoque em saúde da família, 76% dos enfermeiros e 56% dos médicos informaram tê-lo feito, o que é congruente com a iniciativa identificada na entrevista com os gestores de um convênio realizado com a UNESCO e a Universidade Federal de Minas Gerais para o curso de especialização em saúde da família.

É baixo o percentual de médicos que fizeram residência em medicina de família e comunidade, havendo certa predominância das residências em especialidades básicas e em outras especialidades médicas. Entre os médicos, 28% detinham título de especialista em medicina de família e comunidade.

Essas informações acerca do perfil apontam para os desafios que a gestão do trabalho encontra no gerenciamento da força de trabalho predominantemente feminina, além de todas as implicações que essa condição transfere para a situação de trabalho. Estudo realizado pelo CFM (2004) constata que, apesar de a medicina continuar sendo exercida, em sua grande maioria, por profissionais do sexo masculino, existe a tendência de aumento do número de profissionais do sexo feminino, em especial, nas faixas etárias mais jovens. Este padrão é observado tanto na região Sudeste quanto em todo o Brasil. Em 2005, o

percentual de médicas no Sudeste era de 29%, crescendo para 42% quando considerada a idade inferior a 27 anos. Em todo o Brasil, entre os profissionais médicos até 27 anos, as médicas representam 40%, em comparação a 26% considerando todas as faixas etárias (CFM (2004). O percentual de mulheres que trabalhavam no PSF em 2006, no estado de Minas Gerais, era de 37% (Barbosa e Rodrigues, 2006).

A **experiência anterior no PSF** predomina somente entre os profissionais de nível superior, acentuando-se entre estes a atuação anterior em outros municípios. Interessante observar que somente 1/3 dos médicos não possuem experiência anterior. Ou seja, a idéia recorrente do trabalho no PSF como alternativa apenas para os recém-formados pode não encontrar respaldo direto nessa realidade, prevalecendo o tempo de permanência no município superior a 4 anos entre os médicos. Entre os enfermeiros prepondera a mudança de equipe no mesmo município a pedido dos próprios profissionais. Já a mudança entre os ACS por necessidade gerencial é maior entre todas as categorias profissionais. Esse conjunto de informações sinaliza a importância de ações direcionadas para as diferentes categorias profissionais em função do seu perfil vis a vis a demanda do contexto de trabalho.

3. INSERÇÃO PROFISSIONAL: VÍNCULO TRABALHISTA, MECANISMOS DE SELEÇÃO E REMUNERAÇÃO

Durante o processo de implantação da Estratégia Saúde da Família, a forma de contratação para o PSF combinou diversos arranjos – servidores do quadro efetivo, composto pelo pessoal já concursado pela SMSA que aderiu ao PSF (servidores ‘antigos’); contratos CLT por tempo determinado para os profissionais contratados para ampliação das equipes de saúde da família; contratação de ACS de acordo com a CLT, com garantia de todos os direitos trabalhistas, através da Sociedade São Vicente de Paula, organização filantrópica ligada à Igreja Católica.

No processo de implementação do Programa foram ampliadas as vagas do quadro próprio para o PSF, diminuindo a contratação temporária. Com a publicação da Emenda Constitucional 51/2006, que regula o trabalho do ACS, o contrato com a Sociedade São Vicente de Paula teve que ser desfeito, passando essa categoria a ser contratada diretamente pela SMSA, utilizando-se seleção pública e contrato CLT.

“Muito a contragosto nós migramos de uma parceria ótima com a Igreja – a arquidiocese era a contratadora – para a contratação direta pela SMSA como empregados públicos celetistas, com carteira assinada pela prefeitura, sendo feita a migração de quem podia migrar sem seleção.⁴ Estamos nesse momento finalizando, sai amanhã a classificação final da seleção pública de ACS e de agentes de endemia. Então serão empregados públicos celetistas.... (Entretanto) a parceria com a igreja seria muito mais barata...”. (GTES)

Segundo esta gestora, o processo descrito levou a uma disputa política na Câmara de Vereadores, pois o sindicato dos servidores defendia que os ACSs pertencessem ao quadro efetivo da SMSA. Por sua vez, a SMSA era contrária a esta política, considerando as características de vinculação à comunidade próprias da função do ACS.

A Câmara autorizou que os contratos temporários tivessem sua duração estendida (mais de dois anos) até que a situação se resolvesse do ponto de vista legal e houvesse realização de concurso público. *“Nós temos autorização da Câmara Municipal para contratação, desde que não haja profissional concursado. Se houver concursado, o Ministério Público diz que tem que nomear”* (GTES).

A equipe de gestores da Secretaria acredita que o concurso público seja a melhor estratégia de contratação de pessoal para a Estratégia Saúde da Família. A gerente de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde argumenta que o que mais compromete a inserção de profissionais é a formação inadequada daqueles de nível superior para este tipo de atividade, principalmente os médicos que irão atender no PSF e na urgência, e não a forma de seleção via concurso público.

⁴ Os profissionais que, na data de promulgação da Emenda EC 51/2006, desempenhavam as atividades de agentes comunitários de saúde ou agentes de combate às endemias, na forma da lei, ficaram dispensados de se submeter ao processo seletivo público desde que tivessem sido contratados a partir de anterior processo de seleção pública efetuado por órgãos ou entes da administração direta ou indireta de Estado, Distrito Federal ou Município ou por outras instituições com a efetiva supervisão e autorização da administração direta dos entes da federação (EC 51/2006).

Para os gestores municipais, o concurso público oferece a perspectiva de carreira, consolida uma experiência e efetiva o profissional:

“Não é nem questão de responsabilidade e vínculo, porque muitos contratados têm muita responsabilidade e muito vínculo. É a questão legal mesmo. A facilidade que temos de trabalhar com essa modalidade. E a satisfação também é um fator, porque o profissional terá uma carreira e investirá nela. Se a instituição também começa a investir, ele vê oportunidade de crescer (GTES).

Porém esta mesma gerência adverte:

“É uma faca de dois gumes. O concurso público é interessante, porque dá a perspectiva de estabilidade, a possibilidade de construção de carreira, o que é bom. Por outro lado, nem todo profissional selecionado através de concurso público é de fato adequado para a função que se propõe. E há muita dificuldade para lidar com isso. Aqui em BH há mais de mil profissionais e parte deles podem não ser bem aqueles de que você precisa. E isso não é simples. Nós temos enfrentado situações, chegando à exoneração de profissionais concursados. É um processo longo, muito desgastante. E esse profissional, às vezes, tem 3.000 pessoas sob seu cuidado. Enquanto está neste processo, as pessoas ficam meio abandonadas. Às vezes eles são afastados, às vezes, não” (GTES).

Uma das tentativas para aperfeiçoar o processo de seleção com o objetivo de atender a especificidade da Estratégia Saúde da Família foi a de pontuar, nos concursos, a residência ou a especialização nas áreas de medicina de família e comunidade e de saúde da família. Mas, em Belo Horizonte, ainda não se exige o título de especialista para o candidato.

O Plano de Cargos, Carreiras e Salários da SMSA foi implantado em 1996 e abrange todos os cargos da área da saúde, pois não há carreira específica para o PSF. No Plano existem seis cargos, pelos quais o médico de saúde da família está inserido no cargo de médico, o enfermeiro no de técnico superior da saúde – que engloba, entre outros, os psicólogos e os assistentes sociais – e o auxiliar de enfermagem no de auxiliar de serviços de saúde.

A SMSA trabalha tanto com concurso público como com contratos, estes, na maioria dos casos, para substituição ou complementação da equipe nas excepcionalidades. Os contratos

têm caráter temporário, seis meses, e são prorrogáveis por mais cinco vezes em igual período, totalizando trinta meses. Foram realizados concursos para médicos do PSF em 2004, 2006 e 2007.

Mecanismos de seleção

A análise dos mecanismos de seleção e de contratação das equipes de Belo Horizonte permite observar que a seleção dos profissionais de nível superior que hoje atuam na Estratégia Saúde da Família foi predominantemente por prova escrita no processo seletivo dos médicos (68%); o mesmo mecanismo foi mencionado pela metade (49%) dos enfermeiros. Nota-se que parte dos médicos e enfermeiros também passou por entrevistas de seleção, com percentual maior para os médicos (32%) (tabela B6).

Em relação aos ACS, os mecanismos de seleção mais comuns foram igualmente a prova escrita, utilizada para 97% dos profissionais, a comprovação de residência na região, utilizada como mecanismo para 76% deles, e a entrevista, citada por 64%. É interessante observar que uma parte destes profissionais (8%) também foi avaliada por dinâmicas de grupo, técnica que não foi mencionada por nenhuma outra categoria.

Quanto aos técnicos/auxiliares de enfermagem, os mecanismos de seleção mais comuns foram a entrevista, citada por 24%, e a prova prática, mencionada por 23%.

Tabela 42 – B6 Mecanismos de seleção, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Mecanismos de seleção	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Entrevista	23	31,9	13	17,3	36	24,5
Análise de currículo	13	18,1	5	6,7	18	12,2
Prova escrita	49	68,1	37	49,3	86	58,5
Prova prática	-	-	-	-	-	-
Outro	15	20,8	35	46,7	50	34,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 43 – B5 Mecanismos de seleção, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Mecanismos de seleção	n	%
a) Carta de apresentação de Associação de Moradores para Secretaria Municipal de Saúde atestando a sua residência na comunidade.	3	1,8
b) Entrevista	109	64,1
c) Prova escrita	165	97,1
d) Prova prática	47	27,6
e) Desempenho no curso introdutório	16	9,4
f) Comprovante de residência na área	129	75,9
g) Outro*	23	13,5

Observação: n = 170 ACS * dinâmica de grupo (13)

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 44 – B7 Mecanismos de seleção, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Mecanismos de seleção	n	%
a) Carta de apresentação de Associação de Moradores para Secretaria Municipal de Saúde atestando a sua residência na comunidade.	-	-
b) Entrevista	21	23,6
c) Prova escrita	12	13,5
d) Prova prática	20	22,5
e) Desempenho no curso introdutório	3	3,4
f) Comprovante de residência na área	11	12,4
g) Outro	42	47,2

Observação: n = 89 Auxiliares/técnicos de enfermagem.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Quando se analisa a forma de ingresso dos profissionais, observa-se que 72% dos ACS passaram por processo seletivo da Secretaria Municipal de Saúde, enquanto 14% foram indicados pela associação de moradores ou por outra entidade.

Um terço dos auxiliares/técnicos de enfermagem ingressou na Estratégia Saúde da Família por indicação de gestores, mesma forma mencionada por 30%. O equivalente a 29% ingressou por meio de concurso público.

Também foi referida a oportunidade oferecida pela SMSA para mudança de função, ou seja, profissionais que já trabalhavam na rede e foram convidados a mudar a sua atuação para o modelo da Estratégia Saúde da Família.

Tabela 45 – B4 Formas de ingresso na Estratégia Saúde da Família, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Belo Horizonte (MG), 2008

Formas de ingresso	n	%
Indicação da Associação de Moradores ou outra entidade comum	23	13,5
Indicação de outro profissional da ESF (qualquer categoria)	6	3,5
Processo seletivo da Secretaria Municipal de Saúde	123	72,4
Indicação política (de prefeito, vereador)	1	,6
Outro	16	9,4
Não respondeu	1	,6
Total	170	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 46 – B6 Forma de ingresso na Estratégia Saúde da Família, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008

	n	%
Indicação da Associação de Moradores ou outra entidade comum	3	3,4
Indicação de outro profissional da ESF (qualquer categoria)	12	13,5
Processo seletivo da Secretaria Municipal de Saúde	5	5,6
Concurso público	26	29,2
Indicação de gestores	27	30,3
Outro	16	18,0
Total	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Inserção e vínculo profissional

No que se refere ao vínculo dos profissionais, ele é predominantemente estabelecido, em Belo Horizonte, com a Secretaria Municipal de Saúde. Todos os profissionais de nível superior entrevistados têm contrato de trabalho com a SMSA. Entre os ACS, este percentual é de 81%, mas 9% informaram que estavam vinculados a uma empresa prestadora de serviços e 8%, a uma ONG.

Quanto aos auxiliares/técnicos de enfermagem, 94% têm contrato com a SMSA e 2% trabalham por meio da “Fundação de Apoio”.

Tabela 47 – B7 Vínculo de trabalho, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Contrato de trabalho	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Secretaria Municipal de Saúde/ Prefeitura Municipal	72	100,0	75	100,0	147	100,0
Total	72	100,0	75	100,0	147	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 48 – B6 Vínculo de trabalho, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Contrato de trabalho	n	%
Secretaria Municipal de Saúde/ Prefeitura Municipal	138	81,2
Empresa prestadora de serviços	15	8,8
Organização Não Governamental (ONG)	13	7,6
Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP)	2	1,2
Outra	1	0,6
Não sabe informar	1	0,6
Total	170	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 49 – B8 Vínculo de trabalho, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Contrato de trabalho	n	%
Secretaria Municipal de Saúde/ Prefeitura Municipal	84	94,4
Empresa prestadora de serviços	1	1,1
Fundação de apoio	2	2,2
Outra	2	2,2
Total	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

A forma do contrato de trabalho, por sua vez, é bastante homogênea entre as categorias profissionais da equipe. Para os profissionais de nível superior, o vínculo estatutário predomina sobre as demais formas de contratação, sobretudo para os enfermeiros, dos quais 95% têm este tipo de contrato, comparados a 81% dos médicos. O equivalente a 11% dos médicos tem contrato por regime especial temporário e esta é a categoria com maior percentual de contratação por esta via.

Para os ACS, o contrato de trabalho é predominantemente celetista, tipo de vínculo de 89% deles. Quanto aos auxiliares/técnicos de enfermagem, prevalece o contrato como estatutários (83%).

Os médicos constituem a única categoria na qual se observa um percentual pouco maior de contratos temporários (11%), refletindo a configuração bastante comum para esta categoria em outros municípios, sobretudo os de menor porte, nos quais a dificuldade de realização de concurso público ou a grande rotatividade dos médicos leva os gestores municipais a lançarem mão desse mecanismo para contratar profissionais. Este dado indica que, embora em menor dimensão, o problema também é observado para os médicos do município.

Em Minas Gerais há evidências da relação entre o porte de município e a forma de contratação predominante. Nas cidades com até 5 mil habitantes, predomina, na Estratégia Saúde da Família, o vínculo estabelecido por meio de contrato administrativo. Em 2006, o percentual deste tipo de contratação chegava a 70%, considerando os profissionais como um todo. Esse percentual era ainda maior quando as cidades analisadas eram de porte médio (faixas até 500 mil habitantes), havendo clara reversão em cidades com mais de 500 mil habitantes, com percentual de 9%. Nestas, predomina o contrato estatutário para todas as categorias (Barbosa e Rodrigues, 2006).

Tabela 50 – B8 Forma de contrato de trabalho, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Forma de contrato	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Estatutário	58	80,6	71	94,7	129	87,8
Celetista	1	1,4	0	,0	1	,7
Contrato por regime especial temporário	8	11,1	2	2,7	10	6,8
RPA - Recibo de pagamento autônomo	1	1,4	0	,0	1	,7
Cedido de outra instituição pública	0	,0	1	1,3	1	,7
Outra	3	4,2	1	1,3	4	2,7
Não sabe informar	1	1,4	0	,0	1	,7
Total	72	100,0	75	100,0	147	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 51 – B7 Forma de contrato de trabalho, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Forma de contrato	n	%
Estatutário	3	1,8
Celetista / CLT	152	89,4
Cedido por outra instituição	5	2,9
Contrato por regime especial temporário	4	2,4
Não sabe informar	6	3,5
Total	170	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 52 – B9 Forma de contrato de trabalho, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Forma de contrato	n	%
Estatutário	74	83,1
Celetista	4	4,5
Contrato por regime especial temporário	6	6,7
Não sabe informar	5	5,6
Total	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Composição da equipe multiprofissional da Saúde da Família

Como mencionado no capítulo V, o modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família no município de Belo Horizonte se caracteriza pela composição das equipes, que não se limitam ao modelo de equipe básica – médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS –, mas incorporam, dependendo da necessidade, outros profissionais das clínicas básicas, ginecologista, pediatra e clínico, e profissionais não médicos, como é o caso do assistente social.

“Além disso, a saúde mental é totalmente integrada ao projeto. É uma luta constante que em alguns campos conseguimos praticar, há uma visão da integralidade. O sistema não começa e morre na Estratégia Saúde da Família. A estratégia amplia o acesso, mas há a busca por outros níveis. Na atenção secundária e terciária nós tentamos trabalhar de forma mais sistêmica” (secretário municipal de saúde).

Nesta lógica, as unidades de saúde têm uma equipe ampliada de profissionais, parte deles pertencendo à equipe básica, mas todos integrando o Programa de Saúde da Família.

“As equipes básicas e os demais profissionais estão na mesma área física, trabalhando em uma estrutura matricial, em que, por exemplo, o desnutrido grave é acompanhado pelo pediatra. O hipertenso grave, moderado, além de ser atendido pelo cardiologista, passa pelo clínico da unidade. Todo diabético insulino-dependente, o clínico tem que acompanhar junto com o Saúde da Família. Os profissionais de apoio atendem também muita demanda espontânea das áreas de baixo risco”. (secretário municipal de saúde)

A saúde mental é um programa estratégico para a atual gestão, e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) integram o sistema de referência das equipes de saúde da família: *“Hoje, eles estão bem entrosados; os CAPS atendem crises e situações imediatamente pós-crise, mas a regra é que, obrigatoriamente, têm que encaminhar para a equipe de referência. Os pacientes não podem ficar vinculados exclusivamente ao CAPS. Nós treinamos todos os médicos do SAMU para atenção psiquiátrica; então, em crise psiquiátrica, o SAMU é muito acionado. Não se chama mais a polícia. Foi uma promessa que fizemos na implantação do SAMU e cumprimos: que crise psicótica ia ser assunto da saúde e não da polícia”* (secretário municipal de saúde).

Segundo a secretária adjunta, em quase 100% dos 144 centros de saúde existem clínicos, pediatras e algum outro especialista, como o cardiologista. A equipe de saúde mental está presente em 65 destas Unidades (aproximadamente, 40%).

As equipes básicas contam com médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem (em média dois) e de quatro a seis agentes comunitários. As Unidades, como foi mencionado, têm profissionais médicos de apoio em pediatria, clínica e ginecologia. De acordo com a gerente da Atenção Básica foram implantados, há pouco tempo, dois núcleos de reabilitação que funcionam com equipe itinerante em dois distritos. A idéia, segundo a coordenadora, é expandir a experiência, colocando profissionais de reabilitação nas outras Unidades. Além disto, as Unidades dispõem de equipes de saúde bucal. As tabelas a seguir mostram o quadro de pessoal da atenção básica em dezembro de 2007 e o da Estratégia Saúde da Família em junho de 2008, conforme informado pela SMSA.

Tabela 53 – Quadro de profissionais da atenção básica, Município de Belo Horizonte, 2007

Categorias	Total em 31/12/2007*
Integrantes das ESFs por categoria profissional	
Médico	480
Auxiliar de enfermagem	817
Odontólogo	200
ACS - Agentes comunitários de saúde	2.269
Auxiliar de consultório dentário	140
Técnico em saúde bucal	45
Outros profissionais de nível superior integrantes das ESFs (Apoio)	
Médicos pediatras	188
Médicos clínicos	124
Médicos ginecologistas	130
Diretor/gerente de USF	144
Auxiliar administrativo	-
Motorista	-
Digitador	-
Servente	-
Outros profissionais da Atenção Básica	
Assistente Social	89
Equipe Saúde Mental	65
Núcleo de Reabilitação	2

Fonte: SMSA/PBH - 13/06/2008

*Esses números correspondem aos profissionais cadastrados no CNES até 31/12/2007. O MS permite que as ESFs incompletas sejam mantidas no CNES por até, no máximo, três meses.

Tabela 54 – Quadro de pessoal da Estratégia Saúde da Família, Município de Belo Horizonte, 2008

Categoria profissional	N
Clínico geral	429
Ginecologista-obstetra	152
Pediatra	208
Médicos especialistas	76
Enfermeiro	511
Cirurgião dentista	86
Psicólogo	106
Assistente social	110
Fisioterapeuta	8
Auxiliar de enfermagem	1.007
Outros profissionais de nível superior	160
Outros profissionais de nível médio	977
ACS	2.233

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

No momento da pesquisa de campo, 513 equipes de saúde da família estavam autorizadas a funcionar, das quais cinco eram recentes. Apesar de as 513 equipes estarem em funcionamento, observava-se dificuldade em mantê-las completas. Na data da entrevista com a gerente da Atenção Básica, 58 equipes estavam incompletas, faltando médico ou enfermeira.

Em relação à adesão dos profissionais, a coordenadora de Atenção Básica salientou: *“O profissional mais difícil, de que sempre há maior falta, é o médico. Nós já fizemos três concursos, nomeamos quase 1.000 médicos e ainda assim, no mês passado, por exemplo, faltavam 48. Este mês, nomeamos os que restavam do concurso e ainda vamos ficar com mais de 40 equipes sem médicos concursados. Teremos que cobrir com contratos administrativos, que é uma lei municipal”*.

Ainda segundo esta gerente, não há problema de inserção de enfermeiros, pois existe número suficiente de concursados. O problema com essa categoria é de outra ordem e está referido ao Plano de Cargos, Carreiras e Salários, que não prevê o cargo específico de enfermeiro e sim de técnico de nível superior. A questão está sendo discutida na Câmara

Municipal e, no dizer da gerente, deve ser resolvida em breve, o que possibilitará completar as equipes.

Quanto aos auxiliares de enfermagem, parece não haver problema de inserção nem falta de profissionais. No que se refere aos ACSs, como já mencionou o secretário, há uma fase de transição para a sua incorporação nas Estratégias Saúde da Família. *“Está faltando ACS, porque temos um impedimento legal de contratar sem seleção, e o processo de seleção pública ainda não se finalizou. Mas é pontual também, não haverá problema”* (coordenadora de Atenção Básica).

Os enfermeiros, auxiliares de enfermagem, em sua maioria, vieram da rede básica e não houve problemas de adesão. Para os postos de trabalho ainda em descoberto estão sendo realizados concursos públicos.

Tabela 55 – ESF, ESB e equipes PACS implantadas e incompletas, Município de Belo Horizonte, 2008

Equipes	Equipes Pagas pelo Siab – dez 2007	Equipes Funcionando – dez 2007*	ESF completas junho 2008		ESF incompletas junho 2008	Total ESF junho 2008
			CNES	Gestão		
Número equipes PSF	480	504	477	455	58	513
Nº de ESB	200	200	200	200	-	-
Nº de equipes PACS	3	3	3	3	-	-
Nº ACS PACS	15	15	15	15	-	-

Fonte: Fonte: SMSA/PBH - 13/06/2008

* pactuadas = PSF+PACS=507

A Coordenadora de Atenção Básica relata que o processo de adesão das diferentes categorias profissionais ao novo modelo de atenção foi diferenciado. Inicialmente, 175 profissionais da categoria médica aderiram e ficaram no PSF, enquanto cerca de 300 não quiseram integrar as equipes saúde da família e permaneceram na atenção básica, como pediatras (maioria), clínicos e ginecologistas. Assim foi preciso contratar mais 300 médicos para completar as equipes de saúde da família. A coordenadora sinaliza que:

“Inicialmente ficou um modelo médico misto. Alguns dos médicos que não aderiram a ser médicos de Saúde da Família entraram na equipe e colocamos equipes com mais um pediatra ou ginecologista, aumentando a população adscrita, o que se

chamava de equipe ampliada. Mas não deu certo. Avaliamos isso em 2003 e voltamos atrás, passando a trabalhar com todas as equipes no formato equipe e médico de apoio. O processo ainda está em construção” (coordenadora de Atenção Básica).

A insatisfação dos antigos servidores concursados abriu a possibilidade de seu deslocamento para outros níveis de assistência. Outra dificuldade foi redistribuir espacialmente o pessoal em função da concentração de médicos e de outros profissionais nas Unidades do centro. Para a gerente, esta questão está resolvida.

A adaptação dos médicos ao novo modelo assistencial tem sido um processo gradual e requer a qualificação das equipes. A gerente de Gestão do Trabalho, Educação e Saúde chama a atenção para a natureza deste processo, que demanda tempo e investimento:

“Os médicos não se tornaram médicos de Saúde da Família da noite para o dia. Foram necessárias várias adequações e transições nesse processo. Nós continuamos com as equipes de apoio e hoje há mais necessidade. O PSF faz a assistência integral, mas não de tudo. Tem responsabilidades, mas quanto mais essas equipes estiverem qualificadas, melhor serão utilizados todos os recursos e a atenção vai estar completa. Temos buscado, com esse concurso, a estabilidade, porque acreditamos que a estabilidade também garante o modelo” (GTES).

Na perspectiva dos profissionais, dentre os principais motivos pelos quais escolheram atuar na Estratégia Saúde da Família, a alternativa relacionada à identificação com a proposta da Saúde da Família (*por compartilhar a idéia de que a Estratégia Saúde da Família pode reorganizar a atenção à saúde no SUS*) foi a citada com mais frequência pelos médicos (51%) e enfermeiros (67%). A segunda afirmativa mais frequente, referida por 42% dos médicos, foi a percepção de que é boa oportunidade de emprego, com boa remuneração e jornada de trabalho fixa, enquanto para os enfermeiros foi a idéia de que a Estratégia da Saúde da Família pode contribuir para maior controle social da população sobre os serviços de saúde, mencionada por 44% dos enfermeiros.

Também foi apontada frequentemente como motivo para a escolha do programa, a percepção de que as atribuições são compatíveis com a sua formação/especialização, o que foi mencionado por 39% dos médicos e 43% dos enfermeiros.

Na categoria de auxiliares/técnicos de enfermagem, a motivação mais citada, por 65% dos profissionais, foi a crença de que a Estratégia Saúde da Família pode resolver as necessidades de saúde da população e organizar a atenção. Observa-se que 52% dos agentes comunitários também citaram esta última razão como motivação para escolher trabalhar na Estratégia Saúde da Família. No entanto, para estes, o principal motivo para a escolha foi o trabalho próximo à residência, mencionado por 62%. Destaca-se também que 51% dos profissionais desta categoria disseram que estão no PSF por estarem desempregados, revelando, assim, um perfil bastante diferenciado desta categoria perante as demais que compõem a equipe.

Tabela 56 – B3 Motivos da escolha por trabalhar na Estratégia Saúde da Família, segundo Médicos e Enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008

Motivos	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
a) Porque é um mercado de trabalho promissor, com salário diferenciado e uma jornada de trabalho fixa.	30	41,7	26	34,7	56	38,1
b) Por se sentir motivado a trabalhar com as comunidades pobres	15	20,8	17	22,7	32	21,8
c) Porque a Secretaria Municipal de Saúde ofereceu a possibilidade para mudar de prática dentro da rede municipal.	9	12,5	10	13,3	19	12,9
d) Por considerar as atribuições de médicos/enfermeiros do PSF compatíveis com a sua formação e especialização.	28	38,9	32	42,7	60	40,8
e) Por estar desempregado	3	4,2	4	5,3	7	4,8
f) Por compartilhar a idéia de que a Estratégia Saúde da Família pode reorganizar a atenção à saúde no SUS municipal	37	51,4	50	66,7	87	59,2
g) Por compartilhar a idéia de que a Estratégia Saúde da Família pode contribuir para um maior controle social da população organizada sobre os serviços de atenção à saúde	26	36,1	33	44,0	59	40,1
h) Outro	10	13,9	12	16,0	22	15,0

Observação: n = 72 médicos que disseram o porquê de escolher trabalhar no PSF;

N=75 enfermeiros que disseram o porquê de escolher trabalhar no PSF.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 57 – B3 Motivo da escolha por trabalhar na Estratégia Saúde da Família, segundo os Agentes Comunitários de Saúde, Belo Horizonte (MG), 2008

Motivos	n	%
a) Por estar desempregado	86	50,6
b) Por se sentir motivado para trabalhar com a comunidade pobre	60	35,3
c) Por trabalhar próximo à residência	106	62,4
d) Por suas atribuições serem compatíveis com a sua escolaridade	14	8,2
e) Porque é um mercado de trabalho promissor, com salário diferenciado	-	-
f) Porque recebe outros benefícios (salário alimentação, auxílio transporte, etc.)	-	-
g) Por se identificar com a proposta do PSF no município	39	22,9
h) Por compartilhar da idéia que a estratégia do PSF pode resolver as necessidades de saúde da comunidade e organizar a atenção de saúde	89	52,4
i) Outro	8	4,7

Observação: n = 170 ACS

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 58 – B5 Motivos da escolha por trabalhar na Estratégia Saúde da Família, segundo Auxiliares/ Técnicos de Enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008.

Motivos	n	%
a) Por estar desempregado	2	2,2
b) Por se sentir motivado para trabalhar com a comunidade pobre	28	31,5
c) Por trabalhar próximo à residência	12	13,5
d) Por suas atribuições serem compatíveis com a sua escolaridade	17	19,1
e) Porque é um mercado de trabalho promissor, com salário diferenciado	13	14,6
f) Porque recebe outros benefícios (salário alimentação, auxílio transporte, etc.)	24	27,0
g) Por se identificar com a proposta do PSF no município	27	30,3
h) Por compartilhar da idéia que a estratégia do PSF pode resolver as necessidades de saúde da comunidade e organizar a atenção de saúde	58	65,2
i) Outro	5	5,6

Observação: n = 89 Auxiliares/técnicos de enfermagem.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Portanto, os principais fatores de atração dos profissionais de nível superior e dos auxiliares/técnicos de enfermagem estão ligados à identificação com a proposta da Estratégia Saúde da Família, por acreditarem que é a forma adequada de se organizar serviço de atenção à saúde. Para os ACS, no entanto, esse trabalho é uma oportunidade de emprego.

A pesquisa no inquérito também procurou saber sobre a atuação anterior dos profissionais que já trabalhavam na SMSA. Observou-se que 31% dos médicos e 48% dos enfermeiros

trabalhavam na Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) antes de integrarem uma equipe de saúde da família. Assim, observa-se que a maior parte dos profissionais, sobretudo médicos, foi contratada pelo município para trabalhar especificamente na Estratégia Saúde da Família. No que se refere aos auxiliares/ técnicos de enfermagem, o cenário é diferente, pois 71% já trabalhavam na SMSA antes de se tornarem profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Tabela 59 – B4 Trabalho anterior à Estratégia Saúde da Família na Secretaria Municipal de Saúde deste município, segundo Médicos e Enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008

Trabalho anterior	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	22	30,6	36	48,0	58	39,5
Não	50	69,4	39	52,0	89	60,5
Total	72	100,0	75	100,0	147	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 60 – B3 Trabalho anterior à Estratégia Saúde da Família na Secretaria Municipal de Saúde deste município, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008

Trabalho anterior	n	%
Sim	63	70,8
Não	25	28,1
Não respondeu	1	1,1
Total	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Do total de profissionais que trabalhavam na SMSA, 86% dos médicos, 72% dos enfermeiros e 87% dos auxiliares/técnicos de enfermagem atuavam em posto/centro de Saúde, ou seja, já eram profissionais da atenção primária. Este dado reflete o total de profissionais que mudaram sua forma de atuação do modelo convencional para o modelo da Estratégia Saúde da Família, em Belo Horizonte, a partir de sua implementação no município.

Tabela 61 – B5 Local de trabalho na SMSA deste município antes de ingressar na Estratégia Saúde da Família, segundo Médicos e Enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008

Local de trabalho	Médico		Enfermeiro		Total	
	N	%	n	%	n	%
Posto/Centro de Saúde	19	86,4	26	72,2	45	77,6
Ambulatório especializado	0	,0	3	8,3	3	5,2
Nível de gestão municipal	0	,0	2	5,6	2	3,4
Outro	3	13,6	5	13,9	8	13,8
Total	22	100,0	36	100,0	58	100,0

Observação: n = 22 médicos que já trabalhavam na SMSA do município antes de ingressar na Estratégia Saúde da Família PSF; n = 36 enfermeiros que disseram o local de trabalho na SMSA deste município que já trabalhavam na SMSA do município antes de ingressar na Estratégia Saúde da Família PSF.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 62 – B4 Local de trabalho na SMSA deste município antes de ingressar na Estratégia Saúde da Família, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008

Local de trabalho	n	%
Posto/Centro de Saúde	55	87,3
Ambulatório especializado	1	1,6
Hospital	5	7,9
Outro	2	3,2
Total	63	100,0

Observação: n = 63 Auxiliares/ Técnicos de enfermagem que já trabalhavam na SMSA deste município.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Outro problema em relação à implementação do novo modelo era a extensão da jornada de trabalho, pois a maioria dos contratos de nível superior era de 20 horas semanais e os de nível médio em enfermagem, de 30 horas semanais.

Com base em uma Lei de 1992, que permitia a extensão da carga horária até 40 horas semanais no município, a alternativa de expansão da carga horária foi oferecida aos profissionais da SMSA e novos concursos foram abertos já prevendo a carga horária ampliada, explicitando que seria de 40 horas semanais, embora o cargo ainda continuasse sendo de 20 horas, complementando-se a jornada de acordo com a legislação e acompanhada de incentivo financeiro.

A carga horária semanal cumprida na Estratégia Saúde da Família, segundo os profissionais de nível superior, é de 40 horas semanais. No caso dos médicos, no entanto, 63 % afirmam ter algum tipo de flexibilidade para exercer outra atividade além deste trabalho, ao passo que, para os enfermeiros, esta flexibilidade existe para 43%, enquanto 56% cumprem 40 horas semanais de trabalho com dedicação exclusiva.

Na categoria de ACSs, a dedicação exclusiva ao trabalho na Estratégia Saúde da Família é mais frequente, ocorrendo para 83% do total. Uma parcela equivalente a 13% cumpre a carga horária de 40 horas semanais com flexibilidade para exercer outras atividades.

Cerca da metade dos auxiliares/técnicos de enfermagem (58%) trabalha 40 horas semanais com dedicação exclusiva e 37% com flexibilidade para outra atividade além do trabalho na Estratégia Saúde da Família.

Tabela 63 – B9 Carga horária semanal na Estratégia da Família, segundo Médicos e Enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008

Carga horária	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
20 horas semanais obrigatórias	1	1,4	0	,0	1	,7
40 horas semanais com dedicação exclusiva	26	36,1	42	56,0	68	46,3
40 horas semanais, com flexibilidade para outra atividade	45	62,5	32	42,7	77	52,4
Outro	0	,0	1	1,3	1	,7
Total	72	100,0	75	100,0	147	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 64 – B8 Carga horária semanal na Estratégia Saúde da Família, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Belo Horizonte (MG), 2008

Carga horária	n	%
20 horas semanais obrigatórias	2	1,2
40 horas semanais com dedicação exclusiva	141	82,9
40 horas semanais, com flexibilidade para outra atividade	22	12,9
Outro	5	2,9
Total	170	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 65 – B10 Carga horária semanal na Estratégia Saúde da Família, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008

Carga horária	n	%
20 horas semanais obrigatórias	2	2,2
30 horas semanais	1	1,1
40 horas semanais com dedicação exclusiva	52	58,4
40 horas semanais, com flexibilidade para outra atividade	33	37,1
Outro	1	1,1
Total	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

4. REMUNERAÇÃO

A remuneração dos profissionais de PSF no município de Belo Horizonte é diferenciada em função de fatores de incentivo, alguns deles já comentados anteriormente neste relatório, a saber: a) extensão de jornada de trabalho – para aqueles profissionais que estenderam sua carga horária para 40 horas semanais; b) aporte de fixação – para aqueles profissionais lotados em áreas consideradas de risco ou em Unidades muito distantes do centro e de difícil acesso. Estes incentivos são chamados de ‘apoio’ e não são apenas para as equipes de saúde da família, mas para todos os profissionais das Unidades. “*Quem trabalha quatro horas ganha x, quem trabalha oito horas ganha dois x, quem é PSF ganha x + x + x*” (secretário municipal de saúde).

As Unidades foram classificadas em função do índice de vulnerabilidade dos territórios que atendem, denominando-se de tipo A as áreas populacionais com melhores condições financeiras; as de nível intermediário, de tipo B; as de maior vulnerabilidade, de tipo C; e as de alto índice de vulnerabilidade e risco, de tipo D, em que a rotatividade apresentava seus maiores índices.

Tabela 66 – Remuneração dos servidores com jornada de 40 horas com gratificação, Secretaria Municipal de Saúde, Belo Horizonte, 2008

Categoria profissional	Remuneração básica dos servidores estatutários 40h	Gratificação de apoio
Médico	A – 5.328,00	2.699,00
	B – 5.524,00	2.797,00
	C – 5.824,00	2.947,00
	D – 6.328,00	3.199,00
Enfermeiro	A – 2.990,00	1.530,00
	B – 3.154,00	1.612,00
	C – 3.398,00	1.734,00
	D – 3.590,00	1.830,00
Odontólogo	A – 3.555,08	1.812,54
	B – 3.725,08	1.897,54
	C – 3.987,08	2.028,54
	D – 4.191,08	2.130,54
Auxiliar de enfermagem	A – 1.055,15	30h – 834,33
	B – 1.080,15	859,33
	C – 1.121,15	900,33
	D – 1.151,15	930,33
Agente sanitário	30h – 930,00	834,33
	789,28	708,28
Técnicos Serv. Saúde (THD+ Téc. Enfermagem) 30h	A – 866,30	
	B – 903,30	
	C – 957,30	
	D – 999,30	
ACS	504,00	

Fonte: Fonte: SMSA/PBH - 13/06/2008

Considerando o que foi mencionado pelos profissionais das Estratégias Saúde da Família no inquérito sobre a remuneração bruta recebida, observa-se diferença da faixa salarial de médicos e enfermeiros. A remuneração bruta dos médicos situa-se entre R\$6.001,00 e R\$ 8.000,00 para 57% dos médicos e entre R\$4.001,00 a R\$6.000,00 para 35%. Para os enfermeiros, predominam os profissionais que recebem remuneração entre R\$2.000,00 e R\$4.000,00.

A remuneração de 95% dos ACS está entre R\$400,00 e R\$600,00. Para os auxiliares/técnicos de enfermagem, a remuneração tem maior variação do que as demais

categorias, mas concentra-se na faixa entre R\$401,00 e R\$600,00 para 41,6% dos profissionais. No entanto, 23% destes profissionais recebem remuneração acima de R\$1.000,00, demonstrando a disparidade encontrada nesta categoria.

A particularidade da remuneração para os médicos da Estratégia Saúde da Família é também observada quando se consideram os dados no estado de Minas Gerais, segundo os quais 57% dos médicos no estado recebem remuneração superior a R\$ 4.000,00, enquanto 45% dos enfermeiros concentram-se na faixa de remuneração entre R\$ 2.000,01 e R\$ 3.000,00 (Barbosa e Rodrigues, 2006).

Tabela 67 – B10 Remuneração bruta total, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Remuneração	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Até R\$ 2.000,00	0	,0	2	2,7	2	1,4
De R\$ 2.001,00 até R\$ 4.000,00	0	,0	64	85,3	64	43,5
De R\$ 4.001,00 até R\$ 6.000,00	25	34,7	9	12,0	34	23,1
De R\$ 6.001,00 até R\$ 8.000,00	41	56,9	0	,0	41	27,9
Mais de R\$ 8.001,00	5	6,9	0	,0	5	3,4
Não respondeu	1	1,4	0	,0	1	,7
Total	72	100,0	75	100,0	147	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 68 – B10 Remuneração bruta total, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Remuneração	n	%
Até R\$ 400,00	7	4,1
De R\$ 401,00 até R\$ 600,00	162	95,3
Não respondeu	1	,6
Total	170	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 69 – B11 Remuneração bruta total, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Remuneração	n	%
Até R\$ 400,00	9	10,1
De R\$ 401,00 até R\$ 600,00	37	41,6
De R\$ 601,00 até R\$ 800,00	10	11,2
De R\$ 801,00 até R\$ 1.000,00	13	14,6
Mais de R\$ 1.000,00	20	22,5
Total	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

O equivalente a 89% dos médicos e 97% dos enfermeiros recebe algum tipo de benefício ou de complementação salarial. Os tipos mais frequentes, para ambos, são insalubridade, auxílio alimentação e complementação para atuação em área de risco.

Apenas 3% dos ACS afirmaram receber complementação ou benefício do tipo insalubridade, auxílio transporte ou alimentação, enquanto na categoria de auxiliares/técnicos de enfermagem, 87% recebem complementação ou benefícios, dos quais o auxílio alimentação é o mais frequentemente citado.

Tabela 70 – B11 Existência de alguma forma de benefício ou complementação salarial para atuação na Estratégia Saúde da Família, segundo Médicos e Enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008

Benefício	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	64	88,9	73	97,3	137	93,2
Não	8	11,1	2	2,7	10	6,8
Total	72	100,0	75	100,0	147	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 71 – B11 Existência de alguma forma de benefício ou complementação salarial para atuação na Estratégia Saúde da Família, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Belo Horizonte (MG), 2008

Benefício	n	%
Sim	5	2,9
Não	165	97,1
Total	170	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 72 – B12 Existência de alguma forma de benefício ou complementação salarial para atuação na Estratégia Saúde da Família, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008

Benefício	n	%
Sim	77	86,5
Não	12	13,5
Total	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 73 – B12 Tipo de benefício ou complementação salarial recebida para atuação na Estratégia Saúde da Família, segundo Médicos e Enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008

Tipo de benefício ou complementação salarial	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	N	%	n	%
a) Insalubridade	38	59,4	36	49,3	74	54,0
b) Auxílio transporte	6	9,4	15	20,5	21	15,3
c) Auxílio alimentação	34	53,1	34	46,6	68	49,6
d) Para atuação em área de risco	29	45,3	37	50,7	66	48,2
e) Por desempenho	5	7,8	7	9,6	12	8,8
f) Outras	24	37,5	32	43,8	56	40,9

Observação: n =64 médicos que disseram qual tipo de benefício ou complementação salarial possuem; n =73 enfermeiros que disseram qual tipo de benefício ou complementação salarial possuem.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 74 – B12 Tipo de benefício ou complementação salarial para atuação na Estratégia Saúde da Família, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Belo Horizonte (MG), 2008

Tipo de benefício ou complementação salarial	n	%
a) Insalubridade	1	20,0
b) Auxílio transporte	1	20,0
c) Auxílio alimentação	1	20,0
d) Para atuação em área de risco	-	-
e) Por desempenho	-	-
f) Outras	4	80,0

Observação: n = 5 ACS que possuem alguma forma de benefício ou complementação salarial.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 75 – B13 Tipo de benefício ou complementação salarial para atuação na Estratégia Saúde da Família, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008

Tipo de benefício ou complementação salarial	n	%
a) Insalubridade	25	32,5
b) Auxílio transporte	25	32,5
c) Auxílio alimentação	53	68,8
d) Para atuação em área de risco	19	24,7
e) Por desempenho	8	10,4
f) Outras	11	14,3

Observação: n = 77 Auxiliares/técnicos de enfermagem que possuem algum tipo de benefício ou complementação salarial para atuação no PSF.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

A maior parte dos profissionais considera que a remuneração recebida não está compatível com as atribuições exercidas, percepção mais fortemente observada na categoria de enfermeiros, dos quais 93% apontam a incompatibilidade. Para os médicos, o percentual é de 75%, o mais baixo entre as categorias.

Na categoria dos ACS, a remuneração é considerada incompatível com as atribuições por 91% dos profissionais. Entre os auxiliares/técnicos de enfermagem, 83% dos profissionais percebem esta incompatibilidade.

Portanto, os enfermeiros e os ACS são os profissionais que enxergam maior disparidade entre a remuneração recebida e as atribuições na equipe de saúde da família. Interessante observar que o percentual de médicos que consideram esta disparidade, embora seja a maior parte deles, é menor do que o dos outros profissionais.

Tabela 76 – B13 Opinião sobre a compatibilidade da remuneração com as atribuições, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Compatibilidade: salário e atribuições	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	17	23,6	5	6,7	22	15,0
Não	54	75,0	70	93,3	124	84,4
Não respondeu	1	1,4	0	,0	1	,7
Total	72	100,0	75	100,0	147	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 77 – B13 Opinião sobre a compatibilidade da remuneração com as atribuições, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Compatibilidade: salário e atribuições	n	%
Sim	15	8,8
Não	155	91,2
Total	170	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 78 – B14 Opinião sobre a compatibilidade da remuneração com as atribuições, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Compatibilidade: salário e atribuições	n	%
Sim	15	16,9
Não	74	83,1
Total	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

No que se refere à dedicação ao trabalho na Estratégia Saúde da Família, observa-se que a dedicação exclusiva é menos frequente no caso dos médicos, quando comparada às demais categorias. O equivalente a 54% dos médicos trabalha em outro local, dentre os quais o mais frequente é o serviço de pronto-socorro/emergência com carga horária semanal entre 11 e 20 horas; enquanto têm mais de um vínculo 29% dos enfermeiros, cujos locais de trabalho mais comuns são os hospitais públicos, e a carga horária semanal situa-se entre 21 e 30 horas.

A adoção de múltiplos empregos, de fato, é algo que tem sido característico no mercado de trabalho médico. Pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) demonstra que, em Minas Gerais, 70% dos médicos das várias especialidades realizam até três atividades diferentes (CFM, 2004).

Há evidências de que a desestruturação e a desregulamentação do mercado de trabalho, observadas a partir da década de 1990, provocaram impacto na qualidade do emprego também na saúde; no caso dos médicos, refletiram-se diretamente na queda da renda e na adoção de múltiplos empregos por parte dos profissionais. O aumento da precariedade das relações e das condições de trabalho, o crescimento do mercado informal, a flexibilização das condições e uso da força de trabalho e a mudança nos marcos de proteção ao trabalhador são outras conseqüências observadas neste contexto (CFM, 2004; Girardi e

Carvalho, 2003; Machado, 1997; 2003; Maciel Filho e Pierantoni, 2004; Pereira-Neto, 1995; Silva e Costa, 2002).

Na categoria de ACS, a quase totalidade dos profissionais não tem vínculo com outro trabalho, enquanto 19% dos auxiliares/técnicos de enfermagem possuem outro vínculo. Destes, parte trabalha em hospitais públicos e outros, em posto/centro de Saúde com carga horária variável.

Tabela 79 – B14 Existência de outro vínculo de trabalho, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Outro vínculo	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	39	54,2	22	29,3	61	41,5
Não	33	45,8	53	70,7	86	58,5
Total	72	100,0	75	100,0	147	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 80 – B15 Existência de outro vínculo de trabalho, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Outro vínculo	n	%
Sim	17	19,1
Não	72	80,9
Total	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 81 – B14 AUX Carga horária semanal do outro vínculo de trabalho, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Outro vínculo	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
0 - 10 horas	3	7,7	4	18,2	7	11,5
11 - 20 horas	15	38,5	5	22,7	20	32,8
21 - 30 horas	8	20,5	11	50,0	19	31,1
31 - 40 horas	1	2,6	1	4,5	2	3,3
Não respondeu		30,8		4,5		21,3
Total	27	100,0	21	100,0	48	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 82 – B15 AUX Carga horária semanal do segundo vínculo de trabalho dos Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Outro vínculo	n	%
0 - 10 horas	-	0,0
11 - 20 horas	-	0,0
21 - 30 horas	5	29,4
31 - 40 horas	4	23,5
41 e mais horas	-	0,0
Outros	8	47,0
Total	17	100,0

Observação: n = 17 Auxiliares/ Técnicos de enfermagem que possuem outro vínculo de trabalho.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 83 – B15 Local do segundo vínculo de trabalho, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Local	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Hospital público	9	23,1	10	45,5	19	31,1
Clínica/Ambulatório privado	8	20,5	3	13,6	11	18,0
Centro/Posto de Saúde público	5	12,8	0	,0	5	8,2
Pronto-socorro/ emergência	12	30,8	1	4,5	13	21,3
Outro serviço de saúde	2	5,1	1	4,5	3	4,9
Universidade como docente	0	,0	3	13,6	3	4,9
Outro serviço	3	7,7	4	18,2	7	11,5
Total	39	100,0	22	100,0	61	100,0

Observação: n = 39 médicos que informaram segundo vínculo de trabalho

n = 22 enfermeiros que informaram segundo vínculo de trabalho

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 84 – B16 Local do segundo vínculo de trabalho dos Auxiliares/Técnicos de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Local	n	%
Hospital público	7	41,2
Centro/Posto de Saúde	4	23,5
Acompanhamento de doentes em domicílios	2	11,8
Outro serviço de saúde	3	17,6
Outro serviço	1	5,9
Total	17	100,0

Observação: n = 17 Auxiliares/ Técnicos de enfermagem que possuem outro vínculo de trabalho.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

5. ROTATIVIDADE E ESTRATÉGIAS DE FIXAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

A rotatividade das equipes vem sendo mencionada como um dos nós críticos ao longo da discussão sobre a gestão do trabalho no PSF. Entre as estratégias utilizadas pela SMSA para adesão dos profissionais destacam-se a melhoria do padrão salarial, a perspectiva de carreira e o investimento na capacitação.

As duas primeiras não têm surtido muitos resultados, segundo os gestores. Foram realizados três concursos públicos; no entanto, o déficit permanece, em particular, no que se refere aos médicos. Os gerentes de Atenção Básica e de Recursos Humanos lembram que se chegou a ter um quinto das equipes sem médicos, momento considerado crítico. Segundo esses gestores, já entraram e saíram da rede mais de 2.000 médicos – um alto grau de rotatividade.

Observam, no entanto, que existem equipes que estão com os mesmos profissionais há anos e ressaltam que, nessas equipes, o trabalho tem melhor resultado e boa aprovação da população. Isto deveria ser avaliado até como um problema da Estratégia, que ainda é, segundo os gerentes, muito dependente do médico. A fixação do profissional médico e a adequação do seu perfil a esse trabalho foram consideradas pelos gestores como o grande desafio. As mesmas dificuldades não acontecem com enfermeiros, odontólogos e auxiliares.

A estratégia de associar a qualificação ao desenvolvimento na carreira, prevista no Plano, vem sendo tentada. Foram ofertados na rede dois Programas de Residência e cursos de especialização. Ao investigar os motivos de desligamento, em pesquisa realizada pela SMSA e através da discussão do processo de trabalho, as gerências avaliaram que o principal motivo não é a questão salarial, como se imaginava, mas sim o volume de trabalho e a violência em algumas áreas.

Os gestores identificam a necessidade de intervir no sentido de repensar o processo de trabalho, de forma conjunta, através de instrumentos que poderiam contribuir para diminuir a ‘solidão’ do exercício profissional dos médicos e melhorar o processo de trabalho, como os grupos de discussão e a telemedicina. Foram convidados profissionais da ONG Médicos sem Fronteira para dar orientação sobre atuação em áreas violentas, além de terem sido colocados guardas municipais nas Unidades mais críticas.

O secretário relata que se verificou, em pesquisa realizada na rede, que 32 dos 145 centros de saúde tinham 90% de agenda negativa em relação à gestão e ao grau de satisfação de médicos. Montou-se um grupo de trabalho no gabinete do secretário, que envolvia diversas áreas, para desenvolver um plano e fazer o diagnóstico refinado de cada uma dessas Unidades. Nesse diagnóstico, vários problemas foram identificados, tais como: o despreparo e/ou a inadequação dos gerentes, a dificuldade de acesso e até mesmo a falta de estacionamento.

A estratégia de intervenção incluiu a troca de alguns gerentes, a construção de novos centros de saúde, a divisão das equipes para diminuir o tamanho da população adscrita, o treinamento especial para esses gerentes, assim como um acréscimo em termos financeiros para as áreas de risco, as quais passaram a serem denominadas 'áreas D'.

Estabeleceu-se remuneração variada de acordo com essa divisão de áreas de risco, podendo chegar a R\$ 1.000 (mil reais) a diferença na remuneração para quem trabalha nas piores áreas (ver quadro de remuneração). Foi dada a preferência também para outros projetos vinculados a esses lugares. Além disto, residentes e estagiários de várias categorias foram colocados nestas Unidades. Os resultados apresentados foram avaliados pela equipe de direção da SMSA como positivos.

Estas e outras medidas compuseram um Plano Estratégico que foi levado ao prefeito para que integrasse o Plano de Governo. Outra estratégia de fixação utilizada foi a abertura da possibilidade de dar plantão na unidade de urgência, à noite ou em final de semana, para o médico da saúde da família, adicionalmente às 40 horas.

Dentre as dificuldades de fixação dos médicos está também o cumprimento da carga de 08 horas diárias, mesmo para aqueles concursados a partir de 2004, quando já constava a carga horária de 40 horas semanais no edital para os que fossem compor as equipes de saúde da família. Segundo o gestor, os profissionais aceitam as condições contratuais, mas requerem a redução da carga horária no cotidiano.

A complexidade que envolve a implementação do novo modelo gerencial em relação ao profissional médico na perspectiva do seu itinerário profissional contribui, no entender do secretário, para esta rotatividade. Por se tratar de um Programa, como é identificado pela maioria das pessoas (usuários e profissionais), ou mesmo enquanto estratégia, a escolha por

trabalhar no PSF gera insegurança em relação à carreira dos profissionais. O secretário relaciona dúvidas presentes ainda na comunidade médica:

“Isso vai para a frente? Isso é só um programa? Vai se estabilizar mesmo? Qual o contexto da minha carreira? Vou ficar trinta anos trabalhando com o PSF?”

Acrescenta ainda o secretário:

“... acho que uma das causas da rotatividade é a estranheza com a natureza do trabalho. No PSF, a concepção é diferente. Vai-se lidar com todo tipo de problemas, com toda uma realidade social na sua porta. Hoje existe a preocupação de ‘sanitarizar’ todos os problemas sociais. O equipamento social da saúde ainda não está aberto, então eles lidam com a violência, o abandono, a pobreza”. (secretário municipal de saúde)

O secretário destaca a realização de uma ação articulada da Secretaria, envolvendo todas as gerências, visando à estabilização das equipes. Segundo ele, a Gerência de Gestão do Trabalho (GTES) participou ativamente. A pergunta que orientou as ações foi: “O que a gente poderia fazer para valorizar a atuação dos profissionais e o reconhecimento dessa prática?”

As medidas compreenderam, como já mencionado, investimentos na estrutura física, nas condições de trabalho, na humanização e, em alguns casos, em incentivo financeiro:

“Imagine uma unidade que tinha 40 trabalhadores e, de repente, com o PSF, passou para 89. As pessoas que ficavam 40 horas precisavam de um lugar para almoçar. As Unidades são basicamente na região periférica, não dá para ir em casa, almoçar e voltar. Só se tem uma hora de almoço.” (secretário municipal de saúde)

A coordenadora da Atenção Básica reitera as dificuldades apontadas pelo secretário municipal de saúde e a baixa atratividade do programa, considerando a perspectiva de desenvolvimento profissional e as condições de trabalho. *“Não é fácil ficar 10 turnos por semana numa Unidade Básica de Saúde, longe de tudo, onde não há nem restaurante ... Você tem que almoçar no centro de saúde. Isso não é simples para profissionais que são da classe média. Estou falando da gente que faz medicina: é da classe média alta. Não se está falando de qualquer pessoa. Essa opção profissional é muito difícil.” (coordenadora de Atenção Básica)*

Fechando a questão da estabilização das equipes, ela afirma que vai acontecer, mas em médio e longo prazo e está, no seu entender, diretamente ligada à questão do modelo atual de formação, que não prepara os profissionais para atuarem na lógica do PSF.

Para a compreensão da rotatividade sob a perspectiva dos profissionais identificou-se inicialmente o tempo de atuação no município e a permanência na mesma equipe. Também se buscou conhecer a percepção dos médicos e enfermeiros a respeito de possíveis razões de insatisfação que pudessem contribuir para a rotatividade dos profissionais.

Sobre o tempo de atuação dos profissionais de nível superior no município de Belo Horizonte, tem-se que 50% deles aí atuam há mais de 4 anos. Para os profissionais médicos, esse percentual é de 44% e, para os enfermeiros, de 56%. De acordo com os intervalos de tempo estabelecidos e considerando comparativamente médicos e enfermeiros tem-se que:

- i. é maior o percentual de médicos que atuam no município há menos de 6 meses (11%) em relação aos enfermeiros (3%);
- ii. é maior o percentual de enfermeiros que atuam no município entre 7 a 12 meses (13%) em relação aos médicos (7%);
- iii. é bem maior o percentual de médicos que atuam entre 13 e 24 meses (22%) em relação aos enfermeiros (1,3%).

Entre os ACS, 59% atuam há mais de 5 anos no município de Belo Horizonte e 25% atuam há um período entre 2 e 5 anos. A mesma situação pode ser observada entre os auxiliares/técnicos de enfermagem, pois predomina sua atuação há mais de 5 anos (49%) e também entre 2 e 5 anos (35%).

Em relação ao tempo de atuação no município de Belo Horizonte entre os profissionais pesquisados, predomina o tempo superior a 4 anos de trabalho. Os médicos são os que apresentam o menor percentual em comparação aos demais. Os ACS apresentam o maior percentual de profissionais com tempo superior a 5 anos no município de Belo Horizonte (59%), bem próximo do percentual dos enfermeiros (56%).

Tabela 85 – B1 Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família neste município dos Médicos e Enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008

Tempo de atuação	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Até 6 meses	8	11,1	2	2,7	10	6,8
De 7 meses a 12 meses	5	6,9	10	13,3	15	10,2
De 13 meses a 24 meses	16	22,2	1	1,3	17	11,6
De 25 meses a 36 meses	1	1,4	6	8,0	7	4,8
De 37 meses a 48 meses	10	13,9	14	18,7	24	16,3
Mais de 4 anos	32	44,4	42	56,0	74	50,3
Total	72	100,0	75	100,0	147	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 86 – B1 Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família neste município dos Agentes Comunitários neste município, Belo Horizonte (MG), 2008

Tempo de atuação	n	%
Até 6 meses	1	,6
De 7 meses a 12 meses	8	4,7
De 13 meses a 24 meses	16	9,4
De 2 a 5 anos	42	24,7
Mais de 5 anos	101	59,4
Não respondeu	2	1,2
Total	170	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 87 – B1 Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família neste município dos Auxiliares/técnicos em Enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008

Tempo de atuação	n	%
Até 6 meses	5	5,6
De 7 meses a 12 meses	5	5,6
De 13 meses a 24 meses	4	4,5
De 2 a 5 anos	31	34,8
Mais de 5 anos	44	49,4
Total	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

A maior parte dos profissionais de nível superior atua sempre na mesma equipe: 58% dos profissionais informaram a permanência na mesma equipe. Comparativamente entre médicos e enfermeiros, é maior o percentual de médicos (63%) que o de enfermeiros (53%) que atuaram sempre na mesma equipe de saúde da família (63%). Assim como o percentual

de enfermeiros (36%) que atuaram em mais de uma equipe, tendo mudado a seu pedido, é maior que o dos médicos (24%).

A maioria dos ACS atuou sempre na mesma equipe (78%), embora 21% desses profissionais tenha atuado em mais de uma equipe, ocorrendo a mudança por necessidade gerencial.

Entre os auxiliares/técnicos de enfermagem predominam os profissionais que atuaram sempre na mesma equipe (75%). É igual a quantidade dos que atuaram em mais de uma equipe e mudaram ou por necessidade gerencial (12%) ou a seu pedido (12%).

Prevalece, independente da categoria profissional, a atuação dos profissionais sempre na mesma equipe Saúde da Família. Quando atuaram em mais de uma equipe, o percentual dos enfermeiros que mudaram de equipe a seu pedido é maior, enquanto entre os ACS é maior o percentual daqueles que mudaram de equipe por necessidade gerencial.

Tabela 88 – B2 Atuação na Estratégia Saúde da Família deste município dos Médicos e Enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008

Local de atuação	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sempre nesta mesma equipe	45	62,5	40	53,3	85	57,8
Em mais de uma equipe do PSF neste município, tendo mudado por necessidade gerencial	10	13,9	8	10,7	18	12,2
Em mais de uma equipe do PSF neste município, tendo mudado a seu pedido.	17	23,6	27	36,0	44	29,9
Total	72	100,0	75	100,0	147	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 89 – B2 Atuação na Estratégia Saúde da Família deste município dos Agentes Comunitários de Saúde, Belo Horizonte (MG), 2008

Local de atuação	n	%
Sempre nesta mesma equipe	133	78,2
Em mais de uma equipe do PSF neste município, tendo mudado por necessidade gerencial	36	21,2
Em mais de uma equipe do PSF neste município, tendo mudado a seu pedido	1	,6
Total	170	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 90 – B2 Atuação Estratégia Saúde da Família deste município dos auxiliares/técnicos de enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008

Local de atuação	n	%
Sempre nesta mesma equipe	67	75,3
Em mais de uma equipe do PSF neste município, tendo mudado por necessidade gerencial.	11	12,4
Em mais de uma equipe do PSF neste município, tendo mudado a seu pedido	11	12,4
Total	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

As **principais** razões para insatisfação e rotatividade, na percepção dos médicos e enfermeiros pesquisados, estão relacionadas aos seguintes fatores:

- a) remuneração inadequada dos profissionais (médicos 78% e enfermeiros 76%);
- b) condições de trabalho precárias (infra-estrutura deficiente das unidades de saúde, insumos insuficientes) (médicos 82% e enfermeiros 69%);
- c) exigência da carga horária integral (médicos 63% e enfermeiros 48%).

Também foram apontados os seguintes fatores:

- a) baixa oportunidade de progressão profissional (médicos 51% e enfermeiros 47%);
- b) baixo comprometimento dos profissionais com o PSF (médicos 43,1% e enfermeiros 41%);
- c) formação prévia dos profissionais incompatível com o modelo proposto (médicos 35% e enfermeiros 39%);
- d) existência de outras oportunidades de emprego (médicos 43% e enfermeiros 33%).

Tabela 91 – B18 Razões para a insatisfação e rotatividade na Estratégia Saúde da Família dos Médicos e Enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008

Razões para a insatisfação e rotatividade	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
a) Instabilidade do vínculo	20	27,8	12	16,0	32	21,8
b) Remuneração inadequada dos profissionais	56	77,8	57	76,0	113	76,9
c) Condições de trabalho precárias (infra-estrutura deficiente das unidades de saúde, insumos insuficientes)	59	81,9	52	69,3	111	75,5
d) Exigência da carga horária integral	45	62,5	36	48,0	81	55,1
e) Formação prévia dos profissionais incompatível com modelo proposto	25	34,7	29	38,7	54	36,7
f) Existência de outras oportunidades de emprego	31	43,1	25	33,3	56	38,1
g) Baixa oportunidade de progressão profissional	37	51,4	35	46,7	72	49,0
h) Baixa oportunidade de capacitação e formação profissional	16	22,2	7	9,3	23	15,6
i) Baixo comprometimento dos profissionais com o PSF	31	43,1	31	41,3	62	42,2
j) Falta de garantia de acesso a outros níveis de atenção	18	25,0	11	14,7	29	19,7
k) Baixa resolutividade das Unidades de Saúde da Família	9	12,5	12	16,0	21	14,3
l) Motivos pessoais	13	18,1	16	21,3	29	19,7
m) Outro	9	12,5	14	18,7	23	15,6
n) Não sabe informar	2	2,8	1	1,3	3	2,0

Observação: n= 72 médicos e n=75 enfermeiros

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Em síntese, a atuação na mesma equipe Saúde da Família predomina para todas as categorias profissionais, havendo maior frequência entre os enfermeiros que mudaram de Estratégia Saúde da Família a seu pedido, ao passo que entre os ACS é maior a mudança por necessidade gerencial. Em relação aos motivos predominantes de insatisfação e de rotatividade dos profissionais de nível superior, são os mesmos para médicos e enfermeiros: dizem respeito à remuneração, às condições de trabalho, à carga horária, a outras oportunidades, à falta de perspectiva de progressão e ao baixo comprometimento dos profissionais.

Quanto à **rotatividade dos profissionais**, vale destacar que os principais itens apontados como razões para insatisfação já são amplamente discutidos por estudos que tratam da gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família (Campos, 2005; Gugliemi, 2006; Moore e Showstack, 2003; Pinto, 1999, Povia e Andrade, 2006; Rabinowitz et al., 2001, Seixas,

2006; Seixas e Stella, 2002). Ou seja, os desafios para a gestão do trabalho em Belo Horizonte concentram-se no estabelecimento de políticas de gestão que possam compatibilizar as condições de trabalho (inclusive as relativas à carga horária) e os mecanismos que possibilitem a progressão profissional das diferentes categorias. A influência da formação dos médicos tem papel fundamental para consolidar o alinhamento dos profissionais com os princípios orientadores da Estratégia Saúde da Família, contribuindo, de certa maneira, para o seu comprometimento com esse modelo de atenção.

Vale reforçar que a remuneração foi apontada como fator de maior frequência quanto à insatisfação e um dos possíveis motivos para rotatividade. Nesse sentido vale resgatar a avaliação dos profissionais médicos e enfermeiros de que a sua remuneração atual é incompatível com suas expectativas. Embora entre todas as categorias profissionais essa seja a percepção predominante, os médicos possuem maior percepção relativa à compatibilidade dos valores de remuneração. Deve-se igualmente destacar os mecanismos de gestão já estabelecidos pela SMSA de Belo Horizonte, como o plano de cargos, salários e carreiras e a definição da remuneração básica conforme áreas populacionais vis a vis as condições sociais, que define também valores para as gratificações de apoio.

Além do desenho da remuneração ora estabelecido pela SMSA de Belo Horizonte, também disponibiliza-se, para os médicos, a possibilidade de plantões nas unidades de urgência. Contudo, ainda na percepção dos profissionais, a exigência da carga horária integral é fator de insatisfação que contribui para a rotatividade.

Apesar de todos os mecanismos diferenciados que a SMSA de Belo Horizonte estabeleceu, permanece a dificuldade na atração e retenção de médicos, evidenciando que outros fatores – e não somente a remuneração – contribuem para a permanência dos médicos na equipe de saúde da família. Vale destacar que, entre os profissionais médicos pesquisados, cerca de 50% trabalham no município há mais de 4 anos. Sendo assim, avaliando os elementos históricos da implantação do programa (conforme relatado pelos gestores) e a distribuição dos profissionais entre as diferentes unidades, pode-se considerar que a dificuldade de retenção dos médicos está mais concentrada nas regiões menos favorecidas pela localização geográfica e/ou condição socioeconômica da população adscrita.

6. CAPACITAÇÃO PARA O PSF

Em entrevista realizada com a secretária adjunta da SMSA destacou-se que o principal problema no presente para a gestão do trabalho na Secretaria é a qualificação das equipes tanto do ponto de vista técnico como nos aspectos da humanização e da relação com o usuário. Segundo ela, do ponto de vista quantitativo, apesar de não se ter atingido a meta ideal, a questão está relativamente equacionada; entretanto, a qualificação desses profissionais ainda é um problema a ser enfrentado.

Ao se implantar a Estratégia Saúde da Família no município, durante a administração anterior, fez-se um convênio com a UNESCO e com a Universidade Federal do Estado de Minas Gerais, vinculada à Faculdade de Medicina, para desenvolver um Curso de Especialização em Saúde da Família, de forma presencial. Nessa primeira iniciativa foram capacitados mil profissionais, divididos em quatro turmas. A primeira turma, iniciada no final de 2003 e no começo de 2004, segundo os gestores, foi bastante difícil, pois não se tinha acúmulo em relação à atenção básica nem quanto às demandas mais emergentes.

Nesse sentido, a coordenação enfrentou problemas relativos à definição de conteúdos, à defasagem do conhecimento teórico sobre a temática e aos aspectos pedagógicos inerentes ao exercício profissional nesse modelo de atendimento. A secretária comenta ainda que a segunda turma sofreu adaptações; a terceira, porém, teve aproveitamento melhor e a quarta turma já passou a atender mais às necessidades do trabalho. Analisando a experiência dos cursos de especialização iniciais, a gestora chama a atenção para o fato de que tinham uma abordagem integral e a preocupação de formar generalistas, seguindo a lógica do PSF.

Passada esta etapa inicial, hoje se identifica a necessidade de desenvolvimento de habilidades específicas, que os cursos de especialização não contemplam. Neste sentido estão sendo realizados cursos de atualização, de aperfeiçoamento e de capacitação em habilidades vinculados a hospitais, a ambulatórios e, às vezes, com profissionais da própria rede em Unidades, para que eles possam fazer a qualificação em habilidades.

Atualmente está sendo organizado um curso de especialização à distância, além de atividades de qualificação, a partir de estágio, para o desenvolvimento de habilidades, como são chamadas as capacitações em áreas ou temas específicos.

Além das especializações foram criadas duas residências de Saúde da Família na SMSA: uma, com a UFMG através do Hospital das Clínicas e outra, com o Hospital Municipal Odilon Behrens, que funciona como autarquia ligada à SMSA. Já foram formados 1.000 médicos e enfermeiros especialistas em Saúde da Família e 200 estão em processo de conclusão do curso.

Existe uma comissão que coordena e planeja as ações das duas residências, adequando o currículo da residência “*ao olhar do médico de família que nós queremos formar*” (GTES), havendo articulação entre serviço e ensino na cooperação e no planejamento da residência. Os profissionais que têm até duas especializações recebem incentivos de 5% no salário por cada especialização.

A gerente de Planejamento e Acompanhamento de Recursos Humanos complementa essas informações, indicando que, se no início as vagas sobravam, hoje existe fila de espera para ocupá-las, e a idéia é expandi-las. A SMSA pretende criar centros de excelência em atenção primária para servir de referência. Estão sendo selecionados três setores da residência, ademais de médicos para colocar nesses lugares, além de se investir na sua capacitação. Um dos objetivos é criar um Mestrado na área a partir dessa experiência.

Além dos projetos desenvolvidos pela Secretaria com as instituições de ensino para a formação dos profissionais do PSF, existe, para os cirurgiões-dentistas, um curso de Especialização em Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde da Família. Ainda está sendo iniciado um curso de Especialização para Enfermeiros, com foco em processos de educação em saúde, com o objetivo de potencializar o processo de educação permanente no serviço de atenção básica, secundária e na urgência e emergência. Para a gerente, os profissionais desenvolverão esse processo como multiplicadores.

Outro curso de especialização que está sendo implantado é o de Gestão de Sistemas de Saúde, que tem como meta resgatar a visão da saúde pública na perspectiva da gestão dos serviços, proposta que inclui os gestores de serviços e os gestores em nível de Distrito. Serão duas turmas, e o edital deve ser lançado em breve.

Além das especializações, a GTES trabalha em um modelo de co-gestão com o Centro de Educação em Saúde e com as Gerências Técnicas na promoção de cursos de atualização e de aperfeiçoamento. Um exemplo desta estratégia é o processo de educação continuada em

saúde mental para os profissionais do PSF e para as equipes de referência em saúde mental, que se realiza de forma integrada: *“Não adianta formar, garantir um treinamento só para a equipe de saúde mental, se o profissional das equipes de Saúde da Família também não tiver esse conhecimento, o entendimento da política e da formação”* (GTES).

Os treinamentos dirigidos a grupos específicos têm sido outra inovação em termos de qualificação. Com a criação dos Centros de Especialidades Médicas na SMSA tornou-se possível identificar as necessidades de capacitação específica em determinadas áreas em função do excesso de encaminhamentos, por exemplo, para determinada especialidade. Os centros de especialidades são pequenas equipes de especialistas, que atendem a um grupo de equipes básicas.

Está sendo realizada também a primeira experiência de formação à distância com o curso sobre Doenças Crônicas e Educação em Saúde, que conta com o apoio da Comunidade Européia. É um curso multiprofissional, que inclui profissionais de nível médio e superior: médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, destacando-se que os exercícios são realizados em conjunto pela equipe.

O Curso de Formação do Agente Comunitário de Saúde é desenvolvido em parceria com o Ministério da Saúde, a Escola Técnica de Saúde Pública e a Universidade Federal, através da Escola de Enfermagem. Eram 2.400 ACS, portanto, uma instituição não poderia assumir sozinha esse número de profissionais para formar. Esse é um curso de 400 horas, feito pelos profissionais durante o seu horário de trabalho e realizado por duas instituições de ensino, mas com o mesmo material didático e o mesmo processo de capacitação para os monitores.

Entre os incentivos à formação, a gerente destaca a liberação da carga horária para a realização de cursos, as parcerias para oferta de cursos, a pesquisa em serviço, o apoio à participação dos servidores em eventos científicos e o adicional de titulação:

“Nesse sentido, existe incentivo: o profissional solicita, todas as Gerências colocam o seu parecer sobre a importância, a validade do evento e, na medida do possível, esse incentivo vai desde a liberação do ponto até o custeio das passagens e das inscrições. Incentivamos o profissional que inscreveu trabalho, aprovado para pôster ou apresentação oral. Esse também é um aporte para que ele apresente. Com

isso, temos aumentado a participação da nossa rede, o estímulo para os profissionais escreverem, sistematizarem as sua experiências” (GTES).

Como fator de incentivo e também de impacto no processo de formação, a gerente menciona os estágios curriculares na rede de serviços, que se ampliaram e foram estimulados de modo a contribuir para a sistematização e a reflexão sobre a prática profissional nas Unidades.

Ainda entre as estratégias para incentivar o processo de formação e de qualificação dos profissionais, está sendo facilitado e estimulado que os profissionais busquem cursos de Mestrado, estudando-se a possibilidade de intercâmbio nacional e internacional. Como exemplo, a secretária adjunta cita a autorização dada a uma servidora para cursar residência no Rio Grande do Sul:

“Pensamos a ‘duras penas’ o que isso nos custava, mas nesse momento era importante. Isso tudo também coloca que o município tem o PSF como estratégia e como política. E dá uma segurança: eu vou ficar aqui, porque isso vai continuar. Essa administração e esse governo assumem esse modelo com muita veemência. Todos nós trabalhamos em função dele. Para cada residente, contratamos um profissional para ficar no local onde ele assumiria a vaga. O investimento é alto. Uma prefeitura que faz isso, não vai fragilizar essa proposta” (secretária adjunta)

A qualificação é considerada pela GTES como “*uma ação de trabalho, com o trabalho e para o trabalho*”. Para os cursos de doutorado, mestrado e especialização é concedida licença parcial aos servidores de 40 horas, para que possam cumprir os créditos e o projeto de pesquisa, observando-se que o TCC tem que estar relacionado às necessidades e problemas do serviço.

Um dos grandes desafios destacados pelos gestores é o de aproximar os processos de educação ao processo de trabalho. Para a GTES, o processo de trabalho deve ser o ordenador do processo de qualificação. O Centro de Educação, portanto, ocupa-se com a qualificação dos trabalhadores que já estão no SUS e com o processo de formação dos futuros trabalhadores do SUS na integração do ensino e do serviço, responsabilizando-se pela residência e pelas atividades educativas e de extensão:

“Hoje temos preocupação tanto com as áreas técnicas, quando vêm reivindicar que seja realizado um processo de capacitação, de aperfeiçoamento ou de atualização ou, mesmo, uma indicação de curso de especialização, como na linha de capacitação continuada, o que também é necessário, ou mesmo na questão da educação permanente. Queremos saber para que quer fazer isso, qual é o problema que quer resolver. Então começamos a problematizar e criar um momento reflexivo desse processo. Muitas vezes, as pessoas querem resolver com a capacitação um processo que pode ser uma discussão de fluxo ou discussão de protocolo, que é uma questão muito mais informativa e não exige processo de capacitação. Com a criação do Centro, criamos um espaço para refletir sobre isso” (GTES).

Na percepção da maior parte dos profissionais de nível superior, alguns incentivos à formação são oferecidos, dos quais o mais comum é a liberação de carga horária para a realização de cursos. Também são oferecidos apoio para participação em eventos científicos e adicional financeiro por titulação, segundo aproximadamente 50% dos médicos e enfermeiros, em Belo Horizonte. A pesquisa em serviço e a promoção de eventos científicos também são mencionadas, mas em menor proporção.

Tabela 92 – B16 Percepção sobre incentivo do município à formação, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Incentivo	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	60	83,3	66	88,0	126	85,7
Não	12	16,7	9	12,0	21	14,3
Total	72	100,0	75	100,0	147	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 93 – B17 Tipo de incentivos à formação recebidos, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Tipo de incentivo	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
a) Liberação de carga horária para realização de cursos	53	88,3	54	81,8	107	84,9
b) Realização de parcerias para oferta de cursos	28	46,7	28	42,4	56	44,4
c) Apoio para participação em eventos científicos (financeiro, logístico, liberação de carga horária)	32	53,3	32	48,5	64	50,8
d) Promoção de eventos científicos	23	38,3	20	30,3	43	34,1

Tipo de incentivo	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
e) Pesquisa em serviço	10	16,7	8	12,1	18	14,3
f) Adicional financeiro de titulação	31	51,7	36	54,5	67	53,2
g) Outro	3	5,0	4	6,1	7	5,6
z) Não sabe informar	2	3,3	0	,0	2	1,6

Observação: n = 60 médicos que informaram incentivos à formação que seu município oferece;
n = 66 enfermeiros que informaram incentivos à formação que seu município oferece.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Perguntados sobre qual a capacitação necessária para exercer suas atividades na equipe de saúde da família, a maioria dos profissionais de nível superior (84%) apontou como fundamental para sua atuação o fato de receber treinamentos de atualização em atenção básica, bem como a capacitação permanente referente à atenção a grupos específicos, mencionado por 72% dos médicos e 80% dos enfermeiros. Também foi bastante valorizada por estes profissionais a participação no treinamento introdutório de Saúde da Família (69%) e em encontros entre os profissionais da área para troca de experiências (68%).

No entendimento dos auxiliares/técnicos de enfermagem, o aspecto mais importante para a realização de seu trabalho é construir vínculo com a comunidade, citado por 71% dos profissionais. Também consideraram fundamental conhecer as competências e atribuições dos membros da equipe e, assim como os médicos e enfermeiros, receber capacitação permanente para ações focalizadas sobre os grupos de risco.

Tabela 94 – B19 Capacitação necessária para exercer a atual atividade, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família Belo Horizonte (MG), 2008

Capacitação	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
a) Receber treinamento introdutório adequado às novas atribuições	47	65,3	55	73,3	102	69,4
b) Receber treinamento de atualização em atenção básica	60	83,3	63	84,0	123	83,7
c) Receber treinamento que permita a elaboração ou aperfeiçoamento da análise do perfil epidemiológico local	39	54,2	49	65,3	88	59,9
d) Receber capacitação permanente sobre atenção a grupos específicos	52	72,2	60	80,0	112	76,2
e) Participar de encontros entre os profissionais da saúde da família promovidos pela secretaria municipal para troca de experiências	45	62,5	55	73,3	100	68,0
f) Realizar curso de especialização em Saúde da Família	43	59,7	53	70,7	96	65,3
g) Realizar curso de especialização em Saúde Pública	9	12,5	32	42,7	41	27,9

Capacitação	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
h) Realizar curso de especialização em sua área de formação	3	4,2	21	28,0	24	16,3
i) Não tem opinião formada	3	4,2	1	1,3	4	2,7

Observação: n= 72 médicos e n=75 enfermeiros

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 95 – B17 Capacitação necessária para exercer a atual atividade, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Capacitação	n	%
a) Ter treinamento para conhecer competências e atribuições dos membros da ESF	60	67,4
b) Ter supervisão em serviço sob a liderança da enfermeira	42	47,2
c) Ter capacitação permanente para ações focalizadas sobre os grupos de risco	60	67,4
d) Fazer vínculo com a comunidade.	63	70,8
e) Outra	4	4,5

Observação: n = 89 Auxiliares/técnicos de enfermagem.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Conforme as informações dos gestores, o Curso Introdutório ao PSF é ofertado a todas as categorias profissionais e realizado com carga horária de 570 horas para profissionais de nível superior e de 80 horas para profissionais de nível médio participantes.

Tabela 96 – Quadro de participantes do curso introdutório e carga horária, ESF, Município de Belo Horizonte, 2008

Profissional	Número de profissionais que realizaram o curso	Carga horária
Médicos	288	570
Enfermeiros	374	570
Auxiliar de enfermagem	3.502	80
Agentes comunitários de saúde		80

Fonte: SMSAA/PBH - 13/06/2008

No curso introdutório foram abordados os seguintes conteúdos: noções básicas de epidemiologia; condutas clínicas relativas aos programas de saúde pública (hipertensão, diabetes, hanseníase, pré-natal e imunizações, entre outros); responsabilidade das equipes e critérios para encaminhamento de casos; condutas clínicas para outros agravos específicos não relacionados ao programa de saúde pública; orientações quanto ao registro e ao preenchimento dos sistemas de informação.

Os resultados do inquérito, contudo, mostram que, entre os profissionais de nível médio, o treinamento introdutório em Saúde da Família foi realizado por menos da metade dos profissionais tanto na categoria dos ACS quanto dos auxiliares/técnicos de enfermagem.

Os profissionais que fizeram o curso introdutório foram questionados a respeito de o curso ser suficiente para a realização de suas atividades. A percepção dos ACS e dos auxiliares/técnicos de enfermagem foi diferente. Dentre os ACSs, 65% consideraram que o treinamento introdutório foi suficiente, enquanto na segunda categoria 57% não acharam o treinamento suficiente.

O motivo mais frequentemente alegado por aqueles que não consideraram o curso suficiente, nas duas categorias, foi a carga horária insuficiente. Os ACS também mencionaram, na mesma proporção do motivo anterior, o conteúdo inadequado.

Tabela 97 – B14 Participação em curso introdutório antes de ingressar na Estratégia Saúde da Família, segundo Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008

Participação em curso introdutório	ACS		Aux enf	
	n	%	n	%
Sim	75	44,1	37	41,6
Não	95	55,9	50	56,2
Não respondeu	-	-	2	2,2
Total	170	100,0	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 98 – B15 Opinião dos Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares/Técnicos de Enfermagem sobre se o curso introdutório mostrou-se suficiente para execução das funções na Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Suficiência do curso introdutório	ACS		Aux enf	
	n	%	n	%
Sim	49	65,3	18	48,6
Não	26	34,7	19	51,4
Total	75	100,0	37	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Observação: n = 37 Auxiliares/ técnicos de enfermagem e 75 ACS que participaram do curso introdutório como parte da capacitação antes de integrar no PSF.

Tabela 99 – B16 Motivos alegados pelos Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares/Técnicos de Enfermagem para considerarem o curso introdutório insuficiente para execução das funções na Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Motivos	ACS		Aux enf	
	n	%	n	%
a) Carga horária insuficiente	10	38,5	15	78,9
b) Conteúdo inadequado	10	38,5	6	31,6
c) Professores não preparados	3	11,5	2	10,5
d) Linguagem excessivamente técnica	7	26,9	7	36,8
e) Outro	4	15,4	5	26,3

Observação: n = 26 ACS e n = 19 Auxiliares/ técnicos de enfermagem que considerarem o curso introdutório insuficiente para execução das funções.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

A maior parte dos ACS (57%) afirmou já ter feito outro tipo de capacitação na área de Saúde da Família, situação que se inverte na categoria dos auxiliares/técnicos de enfermagem, entre os quais 70% afirmaram não ter feito nenhum outro tipo de curso com este enfoque.

Tabela 100 – B17 Participação em algum outro curso com enfoque em Saúde da Família, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Participação em outro curso	n	%
Sim	97	57,1
Não	73	42,9
Total	170	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 101 – B21 Participação em algum outro curso com enfoque em Saúde da Família, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008

Participação em outro curso	n	%
Sim	27	30,3
Não	62	69,7
Total	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Aos ACSs foi perguntado sobre o tipo de capacitação recebida, apresentando-se uma lista com temas relativos aos grupos e aos agravos prioritários. Para a maior parte dos itens listados na tabela a seguir, menos da metade dos ACS recebera capacitação. Mais da metade dos ACS (67%) recebeu capacitação no tema de prevenção de DST e AIDS. A

capacitação em temas relacionados aos grupos de risco (controle de hipertensão e diabetes) foi recebida por 55% e 53% dos profissionais, respectivamente. O tema menos abordado foi o controle da hanseníase, mencionado por 23% dos profissionais.

Tabela 102 – B21 Capacitação recebida, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família Belo Horizonte (MG), 2008

Capacitação	n	%
a) Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil	61	35,9
b) Alimentação saudável	79	46,5
c) Prevenção de DST e AIDS	113	66,5
d) Imunização infantil	71	41,8
e) Reidratação oral (soro caseiro)	64	37,6
f) Aleitamento materno	89	52,4
g) Planejamento familiar	81	47,6
h) Prevenção do câncer de colo de útero	56	32,9
i) Controle de hipertensão	94	55,3
j) Controle de diabetes	91	53,5
k) Cuidado de idosos	63	37,1
l) Controle da tuberculose	66	38,8
m) Controle da hanseníase	45	26,5
n) Outra capacitação importante	29	17,1
o) Não recebeu capacitação	20	11,8

Observação: n = 170 ACS.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Por outro lado, cerca de 50% dos profissionais de nível superior da equipe de saúde da família e dos ACS não receberam capacitação para atuar com respeito à diversidade sociocultural da comunidade. Este percentual é ainda maior para os auxiliares/técnicos de enfermagem, dos quais 71% afirmam não terem sido capacitados para este propósito. Esse aspecto será discutido no capítulo XII, Intersetorialidade.

Quanto ao treinamento para utilização do SIAB, observa-se que a maior parte dos profissionais, independentemente da categoria, afirma não ter recebido treinamento para coleta e análise de dados do sistema. Novamente, a proporção dos auxiliares/técnicos de enfermagem que não receberam treinamento é pouco maior que a dos demais, indicando uma possível deficiência na oferta de capacitações para profissionais desta categoria, quando comparados aos médicos, enfermeiros e ACS.

Tabela 103 – B21 Treinamento da equipe de saúde da família para coleta e análise de dados do SIAB, segundo pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Treinamento	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	15	20,8	16	21,3	31	21,1
Não	57	79,2	59	78,7	116	78,9
Total	72	100,0	75	100,0	147	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 104 – B23 Treinamento da equipe de saúde da família para coleta e análise de dados do SIAB, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Treinamento	n	%
Sim	68	40,0
Não	102	60,0
Total	170	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 105 – B26 Treinamento da equipe de saúde da família para coleta e análise de dados do SIAB, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família Belo Horizonte (MG), 2008

Treinamento	n	%
Sim	13	14,6
Não	76	85,4
Total	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

As ações de educação permanente das quais tanto os ACS quanto os auxiliares/técnicos de enfermagem mais participam são as reuniões periódicas e as discussões de casos com as Equipes de Saúde da Família. Os ACS citaram também a supervisão técnica sob liderança da enfermeira e a participação em palestras, enquanto os auxiliares/técnicos de enfermagem ressaltaram o treinamento em serviço. Para 82% dos ACS e 63% dos auxiliares/técnicos de enfermagem, a participação em ações deste tipo é obrigatória.

Tabela 106 – B18 Tipos de ações de educação permanente das quais participam, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Educação permanente	n	%
a) Treinamento em serviço	52	30,6
b) Supervisão técnica sob liderança da enfermeira	94	55,3
c) Capacitação para ações focalizadas sobre os grupos de risco	53	31,2
d) Cursos de reciclagem	24	14,1
e) Palestras	87	51,2
f) Discussões periódicas de casos na ESF	118	69,4
g) Reuniões periódicas das ESFs	148	87,1
h) Outra	2	1,2
i) Não participo de nenhuma atividade de educação permanente	6	3,5

Observação: n = 170 ACS.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 107 – B22 Tipos de ações de educação permanente das quais participam, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Educação permanente	n	%
a) Treinamento em serviço	31	34,8
b) Supervisão técnica sob liderança da enfermeira	28	31,5
c) Capacitação para ações focalizadas sobre os grupos de risco	17	19,1
d) Cursos de reciclagem	18	20,2
e) Palestras	32	36,0
f) Discussão periódica de casos na ESF	49	55,1
g) Reuniões periódicas das ESFs	70	78,7
h) Outra	2	2,2
i) Não participo de nenhuma atividade de educação permanente	2	2,2

Observação: n = 89 Auxiliares/técnicos de enfermagem.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 108 – B20 Obrigatoriedade de participação em atividades de educação permanente, segundo os Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Obrigatoriedade	n	%
Sim	140	82,4
Não	29	17,1
Não respondeu	1	,6
Total	170	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 109 – B24 Obrigatoriedade de participação em atividades de educação permanente, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Obrigatoriedade	n	%
Sim	56	64,4
Não	31	35,6
Total	87	100,0

Observação: n = 87 Auxiliares/técnicos de enfermagem que participam de alguma atividade de educação permanente.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Quanto à definição dos temas da educação permanente, para as duas categorias, é feita, com mais frequência, pela equipe de saúde da família em conjunto. Interessante observar que a atuação da supervisão de enfermagem na definição dos temas abordados para os ACS é mais frequente (40%) do que na definição para os auxiliares/técnicos de enfermagem (20%).

Tabela 110 – B19 B23 Responsáveis pela definição dos temas abordados na educação permanente, segundo Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares/Técnicos de Enfermagem Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Responsáveis	ACS		Auxiliar enf	
	n	%	n	%
A coordenação municipal do PSF	37	22,6	19	21,8
A coordenação distrital/regional/zonal do PSF	42	25,6	15	17,2
A ESF em conjunto	105	64,0	42	48,3
Os profissionais de nível superior da ESF	30	18,3	13	14,9
O profissional de enfermagem que assume função de supervisão	65	39,6	17	19,5
Outra	8	4,9	1	1,1

Observação: n = 87 Auxiliares/técnicos de enfermagem que participam de alguma atividade de educação permanente.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Em síntese, observa-se que o incentivo à **capacitação** mais citado pelos médicos e enfermeiros é a liberação para participar de cursos, bem como o adicional financeiro de titulação.

Segundo estes mesmos profissionais, os temas mais importantes para desenvolver as atividades no PSF são aqueles relacionados à atualização em atenção básica e ao trabalho com grupos específicos, o último igualmente citado pelos auxiliares/técnicos. Seria importante elaborar a comparação entre os temas tidos como essenciais com aqueles cursos que são oferecidos aos profissionais pela SMSA, visando identificar possíveis lacunas na formação/capacitação ofertada.

Os índices de profissionais que consideram terem recebido capacitação para atuar com a diversidade sociocultural da comunidade e para utilizar o SIAB são relativamente baixos para as categorias em geral, embora os percentuais de capacitação para o ACS nesses temas sejam um pouco superiores.

Menos da metade dos ACS recebeu treinamento introdutório (ainda que o tenham considerado suficiente para a execução de suas funções) e para acompanhamento de grupos prioritários, apesar dos esforços de capacitação informados pelos gestores. Ainda assim, estes participaram do treinamento em maior proporção do que os auxiliares/técnicos de enfermagem. Observa-se que a obrigatoriedade de participação nos cursos é também maior para os ACS, o que pode estar relacionado aos maiores percentuais de capacitações recebidas por esta categoria.

7. SUPERVISÃO

O acompanhamento das ações de saúde e do trabalho dos profissionais é feito através dos distritos de saúde e do gerente local de cada unidade. Os gerentes locais são profissionais de nível superior da área de saúde, selecionados e nomeados, todos pertencentes ao quadro efetivo da instituição e responsáveis pela gestão local, que inclui a gestão do trabalho, a articulação política no território e a gestão do Programa Bolsa Família.

Na opinião da coordenadora de Atenção Básica (AB), o volume de trabalho destes gerentes é grande, pois estão localizados e atuam justo na porta de entrada dos serviços. O gerente é o ponto de contato com as equipes e, na avaliação dessa coordenadora, ainda não se

conseguiu desenvolver uma proposta de supervisão mais consistente. Segundo essa gerente, as equipes da coordenação da Atenção Básica vão às Unidades para discutir questões pontuais, como, por exemplo, a organização da atenção à criança, a supervisão e a discussão de caso etc. Não existem visitas rotineiras.

Como estratégia de supervisão inovadora em Belo Horizonte tem sido utilizado sistematicamente um sistema de teleformação em três linhas. Tele-enfermagem, com temas da enfermagem, realizado por profissionais da SMSA e profissionais da Universidade. As equipes de saúde da família elegem os temas e a equipe da coordenação de Atenção Básica monta os conteúdos. Telemedicina, dirigida aos médicos, e Tele Saúde Bucal, para os odontólogos. A partir da demanda dos profissionais e da identificação de 'gaps' na atenção pela equipe da Coordenação de Atenção Básica, conduzem-se as propostas de formação à distância.

Por fim, há a Teleconsultoria, por meio da qual os profissionais, via e-mail, enviam perguntas ou fazem contato direto (existe horário para contato) com um grupo de especialistas do Hospital das Clínicas ou da equipe de coordenação da Atenção Básica. Os temas variam para cada um desses grupos, e a periodicidade é quinzenal, funcionando em um sistema de videoconferências.

Em alguns lugares ainda não se conseguiu conexão, mas extensa área da cidade já está conectada; aqueles que não dispõem desse equipamento são convidados a participar das Unidades equipadas.

Na perspectiva dos profissionais sobre o processo de supervisão, a pesquisa identificou se os profissionais reconhecem a existência da supervisão e, também, a forma e a periodicidade com que acontece, bem como qual o profissional responsável e o foco da supervisão para as diferentes categorias profissionais pesquisadas.

Indagados sobre a existência de supervisão, 57% dos profissionais de nível superior informam que ela não existe. Contudo, informaram a existência da supervisão um maior percentual de médicos (49%) do que de enfermeiros (39%).

Quase a totalidade dos ACS (97%) informou a existência da supervisão, assim como os auxiliares/técnicos de enfermagem (92%).

Entre as diferentes categorias profissionais, os enfermeiros apresentaram maior percentual (61%) dos que informaram não existir supervisão na equipe de saúde da família.

Tabela 111 – C14 Existência de supervisão da equipe de saúde da família informado pelos Médicos e Enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008

Existência de supervisão	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	35	48,6	29	38,7	64	43,5
Não	37	51,4	46	61,3	83	56,5
Total	72	100,0	75	100,0	147	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 112 – C17 Existência de supervisão da equipe de saúde da família informado pelos Agentes Comunitários de Saúde, Belo Horizonte (MG), 2008

Existência de supervisão	n	%
Sim	164	96,5
Não	6	3,5
Total	170	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 113 – C17 Existência de supervisão da equipe de saúde da família informado pelos Auxiliares/ técnicos de enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008

Existência de supervisão	n	%
Sim	82	92,1
Não	7	7,9
Total	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Entre os profissionais que identificaram a existência da supervisão na equipe de saúde da família, cerca da metade (56%) respondeu que a supervisão acontece para cada equipe. Também é expressivo o percentual (39%) daqueles que indicaram que a supervisão é feita para a equipe saúde da família e para cada categoria profissional. Não houve diferenças significativas desses percentuais entre os profissionais médicos e enfermeiros.

Para os ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem, a forma de supervisão predominante é para cada equipe de saúde da família (62% e 63% respectivamente). A supervisão para cada equipe de saúde e também para cada categoria foi informada por 28% dos ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem.

Em relação à forma como a supervisão é feita, predomina, independentemente da categoria profissional, a supervisão para a equipe de saúde da família. É maior o percentual dos médicos (40%) que informaram que a supervisão é feita para a equipe de saúde da família e também para cada categoria profissional.

Tabela 114 – C15 Forma de supervisão da equipe de saúde da família informado pelos Médicos e Enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008

Realização da supervisão	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Para cada ESF	19	54,3	17	58,6	36	56,3
Para cada categoria profissional	2	5,7	1	3,4	3	4,7
Para a ESF e para cada categoria profissional	14	40,0	11	37,9	25	39,1
Total	35	100,0	29	100,0	64	100,0

Observação: n = 35 médicos que disseram existir supervisão na sua equipe de saúde;

n = 29 enfermeiros que disseram existir supervisão na sua equipe de saúde.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 115 – C18 Forma de supervisão da equipe de saúde da família informado pelos Agentes Comunitários de Saúde, Belo Horizonte (MG), 2008

Realização da supervisão	n	%
Para cada ESF	102	62,2
Para a cada categoria profissional	13	7,9
Para a ESF e para cada categoria profissional	46	28,0
Não respondeu	3	1,8
Total	164	100,0

Observação: n = 164 ACS que disseram existir supervisão na equipe.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 116 – C18 Forma de supervisão da equipe de saúde da família informado pelos Auxiliares/técnicos de enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008

Realização da supervisão	n	%
Para cada ESF	52	63,4
Para a cada categoria profissional	7	8,5
Para a ESF e para cada categoria profissional	23	28,0
Total	82	100,0

Observação: n = 82 Auxiliares/técnicos de enfermagem que disseram existir supervisão na equipe.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Entre aqueles profissionais de nível superior que recebem supervisão, a periodicidade da supervisão é de frequência semanal (38%) ou mensal (35%). Para os médicos prevalece a informação de que a supervisão acontece mensalmente (49%) e semanalmente (34%). Já entre os enfermeiros predomina a informação de que a supervisão é semanal (38%) com menor percentual para supervisão mensal (24%).

Os ACS informaram que a supervisão acontece com periodicidade semanal (44%) seguida da diária (38%). A maioria dos auxiliares/técnicos de enfermagem informou que a periodicidade da supervisão é diária (70%); com menor percentual (16%) para supervisão semanal.

A informação sobre periodicidade da supervisão apresenta características diferentes conforme a categoria profissional. Para os profissionais médicos e enfermeiros predomina a informação de que a supervisão ocorre mensal ou semanalmente. Entre os ACS prevalece a periodicidade semanal e também diária. Para os auxiliares/técnicos de enfermagem a periodicidade da supervisão é diária.

Tabela 117 – C16 Periodicidade da supervisão informada pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Periodicidade	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Semanal	12	34,3	11	37,9	23	35,9
Quinzenal	2	5,7	3	10,3	5	7,8
Mensal	17	48,6	7	24,1	24	37,5
A cada dois meses	1	2,9	1	3,4	2	3,1
A cada três ou mais meses	1	2,9	2	6,9	3	4,7
Outra	2	5,7	5	17,2	7	10,9
Total	35	100,0	29	100,0	64	100,0

Observação: n = 35 médicos que disseram existir supervisão na sua equipe.

n = 29 enfermeiros que disseram existir supervisão na sua equipe.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 118 – C20 Periodicidade da supervisão informada pelos Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Periodicidade da supervisão	n	%
Diária	61	37,9
Semanal	70	43,5
Quinzenal	5	3,1
Mensal	21	13,0
A cada três ou mais meses	2	1,2
Outra	2	1,2
Total	161	100,0

Observação: n = 161 ACS que disseram existir supervisão para os mesmos.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 119 – C20 Periodicidade da supervisão informada pelos Auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Periodicidade da supervisão	n	%
Diária	57	69,5
Semanal	13	15,9
Quinzenal	3	3,7
Mensal	6	7,3
A cada dois meses	1	1,2
A cada três ou mais meses	1	1,2
Outra	1	1,2
Total	82	100,0

Observação: n = 82 Auxiliares/técnicos de enfermagem que disseram existir supervisão na equipe.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Em relação ao responsável pela supervisão, os profissionais de nível superior informaram que as coordenações distritais/zonais/regionais do PSF são responsáveis pela supervisão (38%) e também a equipe multiprofissional (30%). Para os profissionais médicos e enfermeiros que reconhecem a supervisão exercida por outros profissionais de nível superior (28%), essa função é atribuída ao gerente da unidade.

Quase a totalidade dos ACS (94%) informou que a supervisão é realizada pelo enfermeiro da equipe de saúde da família. Também a maioria dos auxiliares/técnicos de enfermagem (88%) informou que o responsável pela supervisão é o enfermeiro. Para 21% dos

auxiliares/técnicos, o responsável é o médico da equipe saúde da família e, para 20%, é outro profissional de nível superior.

Os profissionais de nível superior indicam as coordenações distritais/zonais/regionais do PSF, a equipe multiprofissional e o gerente da unidade como exercendo a função de supervisão.

Tabela 120 – C17 Profissional responsável pela supervisão informado pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Responsável pela supervisão	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
a) Coordenação municipal do PSF	8	22,9	4	13,8	12	18,8
b) Coordenações distritais /zonais/ regionais do PSF	12	34,3	12	41,4	24	37,5
c) Equipe multiprofissional	9	25,7	10	34,5	19	29,7
d) Outra*	11	31,4	13	44,8	24	37,5

Observação: n = 35 médicos que disseram existir supervisão na sua equipe; n = 29 enfermeiros que disseram existir supervisão na sua equipe de saúde. * Outro - gerente da Unidade (18)

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 121 – C19 Profissional responsável pela supervisão informado pelos Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Supervisão técnica	n	%
Sim. Realizada pelo médico.	2	1,2
Sim. Realizada pelo enfermeiro.	154	93,9
Sim. Realizada pela Coordenação de Saúde da Família da SMSA.	3	1,8
Sim. Realizada por outros profissionais.	2	1,2
Não	3	1,8
Total	164	100,0

Observação: n = 164 ACS que disseram existir supervisão na equipe.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 122 – C19 Profissional responsável pela supervisão informado pelos Auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família Belo Horizonte (MG), 2008

Responsável pela supervisão	n	%
a) Médico da ESF	17	20,7
b) Enfermeiro da ESF	72	87,8
c) Outro profissional de nível superior	16	19,5
d) Coordenação municipal do PSF	4	4,9
e) Coordenação distrital/ zona/ regional do PSF	8	9,8
f) Outra equipe multidisciplinar de nível superior	4	4,9
g) Outro profissional de nível médio	-	-

Observação: n = 82 Auxiliares/técnicos de enfermagem que disseram existir supervisão na equipe.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

O foco das supervisões recebidas, conforme os profissionais de nível superior, diz respeito principalmente à discussão de problemas, às dificuldades e demandas (70%) e ao acompanhamento e controle das atividades realizadas (59%).

Apenas entre os enfermeiros é significativo o percentual (52%) que consideram a discussão de casos clínicos como foco da supervisão, percentual bem maior que o de médicos (23%). Como realização da supervisão, 42% dos enfermeiros consideram o acompanhamento dos riscos mais prevalentes na área e das questões sociais que envolvem o indivíduo e a comunidade. Para os médicos, esse percentual é de 26%.

As principais ações possibilitadas pela supervisão de acordo com os ACS são: discutir problemas, dificuldades e demandas dos ACS e encaminhar para a coordenação do PSF; controlar a realização das atividades do ACS em relação às regras e normas estabelecidas pelo PSF; acompanhar as ações dos ACS na USF e na comunidade; controlar administrativamente a frequência ao trabalho e a realização de procedimentos de rotina, de modo a evitar irregularidades que possam prejudicar a comunidade e a favorecer o bom entrosamento e a cooperação da equipe.

Para os auxiliares/técnicos de enfermagem, as principais ações possibilitadas pela supervisão são: favorecer o bom entrosamento e a cooperação da equipe; apoiar e/ou orientar as ações dos auxiliares/técnicos de enfermagem em relação a situações

emergenciais e/ou de difícil abordagem na unidade (ex: violência); controlar administrativamente a frequência ao trabalho e a realização de procedimentos de rotina, evitando irregularidades que possam prejudicar a comunidade; controlar a realização das atividades do auxiliar/técnico de enfermagem em relação ao plano de metas; acompanhar as ações dos auxiliares/técnicos de enfermagem na USF e na comunidade.

Na percepção dos profissionais pesquisados, a supervisão pouco contribuiu para permitir maior participação dos ACS e dos auxiliares/técnicos de enfermagem no processo de decisão dos níveis hierarquicamente superiores (menos da metade afirmou esta possibilidade).

Em síntese, o foco da supervisão de ACS e dos auxiliares/técnicos de enfermagem está principalmente no controle administrativo-burocrático das atividades, mais que na orientação quanto ao processo de trabalho, como ilustram, a seguir, os principais itens em comum entre os ACS e os auxiliares/técnicos de enfermagem quanto à contribuição da supervisão: acompanhar as ações na USF e na comunidade; controlar a realização das atividades em relação às regras e normas estabelecidas pelo PSF e em relação ao plano de metas; controlar administrativamente a frequência ao trabalho e a realização de procedimentos de rotina, evitando irregularidades que possam prejudicar a comunidade; além de favorecer o bom entrosamento e cooperação da equipe.

Tabela 123 – C18 Foco da supervisão da equipe de saúde da família, segundo Médicos e Enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008

Foco da supervisão	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
a) Interconsulta com especialista	0	,0	1	3,4	1	1,6
b) Discussão de casos clínicos	8	22,9	15	51,7	23	35,9
c) Sistematização das informações sobre saúde da comunidade	7	20,0	6	20,7	13	20,3
d) Treinamento em serviço sobre as práticas de atenção primária	4	11,4	10	34,5	14	21,9
e) Acompanhamento e controle das atividades realizadas	21	60,0	17	58,6	38	59,4
f) Discussão de problemas, dificuldades e demandas	22	62,9	23	79,3	45	70,3
g) Supervisão das relações interpessoais	10	28,6	10	34,5	20	31,3
h) Acompanhamento dos riscos mais prevalentes na área e das questões sociais que envolvem o indivíduo e a comunidade	9	25,7	12	41,4	21	32,8

Observação: n = 35 médicos que disseram existir supervisão na sua equipe; n = 29 enfermeiros que disseram existir supervisão na sua equipe.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 124 – C21 Ações possibilitadas pela supervisão informadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Ações	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Não tem opinião formada		N R		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a. Controlar a realização das atividades do ACS em relação ao Plano de Metas	101	62,7	48	29,8	8	5,0	-	-	3	1,9	1	,6	161	100,0
b. Controlar a realização das atividades do ACS em relação às regras e normas estabelecidas pelo PSF	111	68,9	39	24,2	7	4,3	1	,6	2	1,2	1	,6	161	100,0
c. Favorecer o bom entrosamento e cooperação da equipe	105	65,2	40	24,8	11	6,8			3	1,9	2	1,2	161	100,0
d. Eleger temas para o planejamento das atividades de educação continuada dos ACS	66	41,0	45	28,0	36	22,4	5	3,1	8	5,0	1	,6	161	100,0
e. Educação permanente para realização de atividades rotineiras	71	44,1	53	32,9	25	15,5	6	3,7	5	3,1	1	,6	161	100,0
f. Acompanhar as ações dos ACS na USF e na comunidade	108	67,1	37	23,0	12	7,5	1	,6	2	1,2	1	,6	161	100,0
g. Apoiar e/ou orientar as ações dos ACS em relação a situações emergenciais e/ou de difícil abordagem na unidade (ex.: violência doméstica, resistências ao tratamento, doença mental, etc.)	89	55,3	49	30,4	14	8,7	6	3,7	2	1,2	1	,6	161	100,0
h. Permitir maior participação dos ACS no processo de decisão dos níveis hierarquicamente superiores	35	21,7	46	28,6	31	19,3	38	23,6	10	6,2	1	,6	161	100,0
i. Controlar administrativamente a frequência ao trabalho e a realização dos procedimentos de rotina evitando irregularidades que possam prejudicar a comunidade	108	67,1	33	20,5	8	5,0	10	6,2	2	1,2	-	-	161	100,0
j. Discutir problemas, dificuldades e demandas dos ACSs e encaminhar para a coordenação do PSF	116	72,0	31	19,3	11	6,8	2	1,2	-	-	1	,6	161	100,0
k. Articula a gestão e a execução das ações	77	47,8	49	30,4	20	12,4	5	3,1	9	5,6	1	,6	161	100,0
l. Outro	2	1,3	1	,6	-	-	-	-	11	6,9	-	-	160	100,0

Observação: n = 161 ACS que disseram existir supervisão para os mesmos.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 125 – C21 Ações possibilitadas pela supervisão informadas pelos Auxiliares/técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Ações	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Não tem opinião formada		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a. Controlar a realização das atividades do Auxiliar de Enfermagem em relação ao Plano de Metas	32	39,0	30	36,6	12	14,6	2	2,4	6	7,3	-	-	82	100,0
b. Controlar a realização das atividades do Auxiliar de Enfermagem em relação às regras e normas estabelecidas pelo PSF	29	35,4	33	40,2	12	14,6	2	2,4	6	7,3	-	-	82	100,0
c. Favorecer o bom entrosamento e cooperação da equipe	50	61,0	22	26,8	8	9,8	-	-	2	2,4	-	-	82	100,0
d. Eleger temas para o planejamento das atividades de educação continuada dos Auxiliares de Enfermagem	26	31,7	24	29,3	25	30,5	3	3,7	3	3,7	1	1,2	82	100,0
e. Educação permanente para realização de atividades rotineiras	30	36,6	17	20,7	27	32,9	-	-	7	8,5	1	1,2	82	100,0
f. Acompanhar as ações dos Auxiliares de Enfermagem na USF e na comunidade	32	39,0	30	36,6	15	18,3	1	1,2	3	3,7	1	1,2	82	100,0
g. Apoiar e/ou orientar as ações dos Auxiliares de Enfermagem em relação a situações emergenciais e/ou de difícil abordagem na unidade (ex.: violência doméstica, resistências ao tratamento, doença mental, etc.)	38	46,3	28	34,1	13	15,9	2	2,4	1	1,2	-	-	82	100,0
h. Permitir maior participação dos Auxiliares de	24	29,3	21	25,6	18	22,0	16	19,5	3	3,7	-	-	82	100,0

Ações	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Não tem opinião formada		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Enfermagem no processo de decisão dos níveis hierarquicamente superiores														
i. Controlar administrativamente a frequência ao trabalho e a realização dos procedimentos de rotina evitando irregularidades que possam prejudicar a comunidade	38	46,3	29	35,4	11	13,4	1	1,2	3	3,7	-	-	82	100,0
j. Discutir problemas, dificuldades e demandas dos Auxiliares de Enfermagem e encaminhar para a coordenação do PSF	30	36,6	24	29,3	17	20,7	4	4,9	6	7,3	1	1,2	82	100,0
k. Articula a gestão e a execução das ações	28	34,1	29	35,4	15	18,3	2	2,4	8	9,8	-	-	82	100,0
l. Outro	2	2,4	-	-	-	-	75	91,5	5	6,1	-	-	82	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Observação: n = 82 Auxiliares/técnicos de enfermagem que disseram existir supervisão na equipe

Sobre a **supervisão** exercida verificaram-se diferentes visões de acordo com as categorias profissionais pesquisadas. Para os médicos, a supervisão é feita para a equipe e para cada categoria profissional. Já para os demais profissionais, a supervisão é para a equipe. Também a informação sobre a periodicidade é diferenciada entre os profissionais, tendo variação entre mensal, semanal e diária.

De maneira geral, parece não haver clareza acerca do processo de supervisão. Os profissionais de nível superior atribuem a supervisão aos gerentes de unidade ou a conselhos distritais de saúde, o que corresponde à informação dos gestores. Mas chama a atenção que a natureza das atividades relatadas pelos profissionais de nível superior – discussão de problemas, dificuldades e demandas; acompanhamento e controle das atividades realizadas; e discussão de casos clínicos, por exemplo – seja incompatível com o

perfil apontado do profissional responsável pela supervisão (coordenações distritais, gerentes de unidades).

Os ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem reconhecem a supervisão exercida pelos enfermeiros; a eles também é atribuída, por todas as categorias profissionais, a função de coordenar a equipe de saúde da família. Vale destacar que, quando os ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem avaliam a contribuição da supervisão para suas atividades, destacam as relacionadas ao controle burocrático administrativo e não as diretamente voltadas à orientação para o processo de trabalho. A natureza da atividade da supervisão deveria caminhar justamente na direção oposta, ou seja, maior foco na orientação do processo de trabalho, em especial para essas categorias profissionais.

8. TRABALHO EM EQUIPE

A avaliação dos profissionais no tocante ao trabalho em equipe buscou conhecer a percepção sobre o reconhecimento da coordenação da equipe e do profissional que exerce essa função. Além disso, também se procurou informação no que diz respeito à avaliação dos profissionais acerca de diferentes fatores que influenciam diretamente a atuação da equipe, bem como a percepção dos ACS e dos auxiliares/técnicos de enfermagem sobre a frequência de ocorrências que dificultam a realização do trabalho da equipe de saúde da família.

Inicialmente destaca-se que, entre os profissionais pesquisados, 68% dos enfermeiros identificaram a existência de coordenador da equipe de saúde da família. Maior foi o percentual de médicos (56%) que informou a não existência do coordenador da equipe saúde da família. Quase a totalidade dos ACS (97%) reconhece o cumprimento da função de coordenação da equipe por algum profissional. Entre os auxiliares/técnicos, 83% reconhecem a existência do coordenador.

Entre as categorias profissionais pesquisadas, é maior o percentual de ACS que reconhece a função de coordenação da equipe, ao passo que os médicos apresentam o maior percentual (56%) daqueles que não reconhecem a existência da função de coordenação.

Tabela 126 – C3 Existência de coordenador da equipe de Saúde da Família informada pelos Médicos e Enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008

Existe coordenação	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	32	44,4	51	68,0	83	56,5
Não	40	55,6	24	32,0	64	43,5
Total	72	100,0	75	100,0	147	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 127 – C3 Existência de coordenador da equipe de Saúde da Família informada pelos agentes comunitários de saúde, Belo Horizonte (MG), 2008

Existe coordenação	n	%
Sim	165	97,1
Não	5	2,9
Total	170	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 128 – C3 Existência de coordenador da equipe de Saúde da Família informada pelos auxiliares/ técnicos de enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008

Existe coordenação	n	%
Sim	74	83,1
Não	15	16,9
Total	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Outro aspecto investigado diz respeito ao profissional que exerce a função de coordenador da equipe saúde da família. Na opinião de 94% dos profissionais de nível superior, essa coordenação é realizada pelo enfermeiro. Um pouco menor é o percentual de médicos que consideram o enfermeiro como coordenador (88%), comparativamente aos enfermeiros (98%) que atribuem a coordenação ao enfermeiro. Para a grande maioria dos ACS (95%) e auxiliares/técnicos de enfermagem (86%), o enfermeiro é o coordenador da equipe de saúde da família. Somente 9,5% dos auxiliares/técnicos de enfermagem informaram que o coordenador da equipe de saúde da família é o médico.

Tabela 129 – C4 Profissional coordenador da equipe de saúde da família, informado pelos Médicos e Enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008

Coordenador	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
O médico	2	6,3	-	-	2	2,4
O enfermeiro	28	87,5	50	98,0	78	94,0
Outro profissional	2	6,3	1	2,0	3	3,6
Total	32	100,0	51	100,0	83	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Observação: n = 32 médicos que disseram existir um profissional da ESF que exerce a função de coordenação;

n = 51 enfermeiros que disseram existir um profissional da ESF que exerce a função de coordenação.

Tabela 130 – C4 Profissional coordenador da equipe de saúde da família, informado pelos Agentes Comunitários de Saúde, Belo Horizonte (MG), 2008

Coordenador	n	%
O médico	4	2,4
O enfermeiro	157	95,2
Não sabe informar	4	2,4
Total	165	100,0

Observação: n = 164 ACS que disseram existir coordenador na equipe.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 131 – C4 Profissional coordenador da equipe de saúde da família informado pelos Auxiliares/ técnicos de enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008

Coordenador	n	%
O médico	7	9,5
O enfermeiro	64	86,5
Outro profissional	2	2,7
Não sabe informar	1	1,4
Total	74	100,0

Observação: n = 87 Auxiliares/ técnicos de enfermagem que disseram existir um coordenador da ESF.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Com base em uma lista de fatores sobre o trabalho na equipe de saúde da família, os profissionais avaliaram essas características em relação a sua incidência neste trabalho.

Para a maioria dos profissionais de nível superior (84% e +), os fatores que sempre acontecem neste trabalho são: relacionamento bom e respeitoso; a equipe organiza de forma conjunta a programação das suas atividades; a equipe tem capacidade de rever suas rotinas e procedimentos; a equipe trabalha com rotina preestabelecida.

Em contrapartida, para a maioria dos profissionais de nível superior (70% e +), as características com pouca incidência neste trabalho são: dificuldades tanto no trabalho interno quanto no trabalho com a comunidade; relação conflituosa; trabalho individual dos profissionais oferece pouco ao conjunto.

A avaliação dos ACS sobre o trabalho na equipe saúde da família destaca as seguintes características que sempre acontecem: relacionamento bom e respeitoso; equipe organiza de forma conjunta a programação das suas atividades; equipe estimula a participação da comunidade; auxiliares têm papel importante nas reuniões de equipe e nas atividades realizadas.

Para os ACS, as características que acontecem poucas vezes são: dificuldades tanto no trabalho interno quanto no trabalho com a comunidade; relação conflituosa.

A avaliação dos auxiliares/técnicos de enfermagem destaca as seguintes características que sempre acontecem: relacionamento bom e respeitoso; auxiliar/técnico de enfermagem tem papel importante nas reuniões de equipe e nas atividades realizadas; equipe atua nas necessidades da comunidade apontadas pelo trabalho dos ACS; equipe organiza de forma conjunta a programação das suas atividades.

Para os auxiliares/técnicos de enfermagem, as características que acontecem poucas vezes são: dificuldades tanto no trabalho interno quanto no trabalho com a comunidade e relação conflituosa.

Em síntese, a opinião dos profissionais pesquisados sobre o trabalho em equipe é convergente, para todas as categorias profissionais, em relação aos seguintes itens: equipe organiza de forma conjunta a programação das suas atividades e relacionamento bom e respeitoso.

Os ACS e os auxiliares/técnicos de enfermagem ainda destacam que os auxiliares têm papel importante nas reuniões de equipe e nas atividades realizadas como situação que sempre acontece no trabalho em equipe.

Já em relação aos fatores que poucas vezes acontecem no trabalho em equipe, todas as categorias profissionais destacam os seguintes fatores: dificuldades tanto no trabalho interno quanto no trabalho com a comunidade e relação conflituosa.

Tabela 132 – C12 Avaliação do trabalho em equipe, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008 - Total

Critério	Total											
	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Não sabe informar		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) O relacionamento é bom e respeitoso	78	53,1%	68	46,3%	1	0,7%	0	0,0%	0	0,0%	147	100,0%
b) A relação é conflituosa	1	0,7%	3	2,0%	106	72,1%	37	25,2%	0	0,0%	147	100,0%
c) A equipe organiza de forma conjunta, a programação das atividades da equipe.	53	36,1%	88	59,9%	6	4,1%	0	0,0%	0	0,0%	147	100,0%
d) A equipe apresenta dificuldades tanto no trabalho interno quanto no trabalho com a comunidade	5	3,4%	16	10,9%	117	79,6%	8	5,4%	1	0,7%	147	100,0%
e) A equipe tem capacidade de rever suas rotinas e procedimentos	47	32,0%	77	52,4%	19	12,9%	1	0,7%	3	2,0%	147	100,0%
f) A equipe trabalha voltada para uma rotina pré-estabelecida	25	17,0%	113	76,9%	6	4,1%	1	0,7%	2	1,4%	147	100,0%
g) A equipe estimula a participação da comunidade	33	22,4%	66	44,9%	44	29,9%	2	1,4%	2	1,4%	147	100,0%
h) O trabalho individual dos profissionais oferece pouco ao conjunto da ESF	4	2,7%	11	7,5%	63	42,9%	60	40,8%	9	6,1%	147	100,0%
i) Outro	0	0,0%	2	1,4%	3	2,0%	140	95,2%	2	1,4%	147	100,0%

Observação: n= 72 médicos e n=75 enfermeiros

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 133 – C15 Avaliação do trabalho em equipe, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Critério	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Não sabe informar		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) O relacionamento é bom e respeitoso	123	72,4	39	22,9	7	4,1	-	-	-	-	1	,6	170	100,0
b) A relação é conflituosa	4	2,4	8	4,7	79	46,5	76	44,7	2	1,2	1	,6	170	100,0
c) A equipe organiza de forma conjunta, a programação das atividades da equipe	120	70,6	38	22,4	11	6,5	1	,6	-	-	-	-	170	100,0
d) A equipe apresenta dificuldades tanto no trabalho interno quanto no trabalho com a comunidade	4	2,4	16	9,4	88	51,8	59	34,7	2	1,2	1	,6	170	100,0
e) A equipe tem capacidade de rever suas rotinas e procedimentos	85	50,0	56	32,9	19	11,2	4	2,4	5	2,9	1	,6	170	100,0
f) A equipe trabalha voltada para uma rotina pré-estabelecida	61	35,9	74	43,5	28	16,5	4	2,4	2	1,2	1	,6	170	100,0
g) A equipe estimula a participação da comunidade	104	61,2	39	22,9	20	11,8	6	3,5	-	-	1	,6	170	100,0
h) Os auxiliares têm um papel importante nas reuniões de equipe e nas atividades realizadas	104	61,2	32	18,8	31	18,2	2	1,2	-	-	1	,6	170	100,0
i) Outro	-	-	1	,6	2	1,2	121	71,2	12	7,1	34	20,0	170	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 134 – C15 Avaliação do trabalho em equipe, segundo Auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Critério	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Não sabe informar		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) O relacionamento é bom e respeitoso	66	74,2	22	24,7	-	-	-	-	-	-	1	1,1	89	100,0
b) A relação é conflituosa	1	1,1	-	-	38	42,7	46	51,7	3	3,4	1	1,1	89	100,0
c) A equipe organiza de forma conjunta, a programação das	50	56,2	28	31,5	8	9,0	1	1,1	1	1,1	1	1,1	89	100,0

Critério	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Não sabe informar		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
atividades da equipe														
d) A equipe apresenta dificuldades tanto no trabalho interno quanto no trabalho com a comunidade	2	2,2	6	6,7	53	59,6	25	28,1	2	2,2	1	1,1	89	100,0
e) A equipe tem capacidade de rever suas rotinas e procedimentos	47	52,8	32	36,0	9	10,1	-	-	-	-	1	1,1	89	100,0
f) A equipe trabalha voltada para uma rotina pré-estabelecida	40	44,9	39	43,8	7	7,9	1	1,1	1	1,1	1	1,1	89	100,0
g) A equipe estimula a participação da comunidade	39	43,8	33	37,1	14	15,7	1	1,1	1	1,1	1	1,1	89	100,0
h) Os auxiliar de enfermagem têm um papel importante nas reuniões de equipe e nas atividades realizadas	57	64,0	17	19,1	10	11,2	2	2,2	2	2,2	1	1,1	89	100,0
i) A equipe atua entre as necessidades da comunidade apontadas pelo trabalho dos ACS	54	60,7	33	37,1	1	1,1	-	-	-	-	1	1,1	89	100,0
j) Outro	2	2,2	-	-	1	1,1	78	87,6	8	9,0	-	-	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Foram também levantadas as ocorrências que dificultam o desempenho das atividades da equipe de saúde da família na visão dos ACS e dos auxiliares/técnicos de enfermagem, em sua microárea de atuação.

Os ACS consideram que as principais dificuldades que sempre ocorrem neste trabalho são:

i) Forte demanda por atendimento médico (79%);

ii) Baixa mobilização da comunidade para participar dos conselhos locais de saúde (73%).

Para a maioria dos ACS, os fatores abaixo representam pouca ou nenhuma dificuldade para este trabalho em sua microárea: acesso dos profissionais ao território, por falta de arruamento, pelo isolamento de algumas residências, por acidentes geográficos etc; conflito entre profissionais; fragilidade dos vínculos com as famílias; procura por outros serviços de saúde, que não a equipe de saúde da família; gravidade dos riscos sociais no âmbito da comunidade (desemprego, violência, tráfico de drogas, entre outros).

Em relação às ocorrências que dificultam o desempenho das atividades da ESF, a maioria dos auxiliares técnicos de enfermagem considera que sempre ocorrem: forte demanda por atendimento médico e alta densidade populacional em relação ao padrão do programa.

Para os auxiliares/técnicos de enfermagem, os seguintes fatores poucas vezes ou nunca dificultam o trabalho da equipe: conflito entre profissionais; fragilidade dos vínculos com as famílias; difícil acesso dos profissionais ao território, como falta de arruamento, isolamento de algumas residências, acidentes geográficos, entre outros.

Em síntese, na opinião dos ACS e dos auxiliares/técnicos de enfermagem pesquisados, as principais ocorrências que dificultam o desempenho das atividades da equipe de saúde da família estão vinculadas aos seguintes fatores: forte demanda por atendimento médico; baixa mobilização da comunidade para participar dos conselhos locais de saúde; alta densidade populacional em relação ao padrão do programa.

Já os principais fatores que não apresentam dificuldades para o desempenho das atividades são: conflito entre profissionais; difícil acesso dos profissionais ao território, como falta de arruamento, isolamento de algumas residências, acidentes geográficos etc. e fragilidade dos vínculos com as famílias.

A avaliação dos profissionais acerca do **trabalho na equipe saúde da família** aponta como fatores positivos, para todas as categorias profissionais, o fato de a equipe organizar de forma conjunta a programação de suas atividades e, também, o relacionamento bom e respeitoso entre os profissionais. Vale destacar que esses fatores, para os médicos e enfermeiros, não estão diretamente relacionados a possíveis causas de insatisfação. Ou seja, os fatores do trabalho em equipe parecem não contribuir diretamente para a rotatividade dos profissionais.

Os principais fatores apontados como dificultadores para as atividades dos ACS e dos auxiliares/técnicos de enfermagem (forte demanda por atendimento médico, baixa mobilização da comunidade e alta densidade populacional) sinalizam os desafios que a Estratégia Saúde da Família encontra em sua consolidação. Esses fatores, embora não estejam diretamente vinculados à gestão do trabalho, influenciam diretamente os arranjos dessa própria gestão para atrair e reter os profissionais nas equipes. Ou seja, evidencia-se a concentração do modelo na figura do profissional médico, seja pelo modo de funcionamento da equipe, seja pelo comportamento da população.

Tal situação reforça a necessidade de ações referentes aos componentes comunitários do trabalho na mobilização da comunidade e na informação sobre o modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família. No entanto, é importante ressaltar que os fatores que dificultam as atividades de trabalho da equipe também não são os mesmos que causam insatisfação e contribuem para a rotatividade dos profissionais de nível superior.

Tabela 135 – C16 Frequência de ocorrências que dificultam o desempenho das atividades da equipe de saúde da família em sua microárea informada pelos Agentes Comunitários de saúde, Belo Horizonte (MG), 2008

Dificuldades	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Não sabe informar		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
a. Dificil acesso dos profissionais ao território: falta de arruamento, isolamento de algumas residências, acidentes geográficos, etc.	5	2,9	10	5,9	51	30,0	101	59,4	1	,6	2	1,2	170	100,0
b. Gravidade dos riscos sociais no âmbito da comunidade (desemprego, violência, tráfico de drogas, etc.)	22	12,9	27	15,9	79	46,5	39	22,9	2	1,2	1	,6	170	100,0
c. Grande densidade populacional em relação ao padrão do programa	37	21,8	45	26,5	41	24,1	31	18,2	15	8,8	1	,6	170	100,0
d. Quantidade excessiva de membros individuais nos grupos familiares em relação ao padrão	32	18,8	25	14,7	71	41,8	31	18,2	10	5,9	1	,6	170	100,0

Dificuldades	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Não sabe informar		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
proposto														
e. Forte demanda por atendimento médico	105	61,8	29	17,1	28	16,5	4	2,4	4	2,4	-	-	170	100,0
f. Procura por outros serviços de saúde que não a ESF	24	14,1	28	16,5	95	55,9	14	8,2	7	4,1	2	1,2	170	100,0
g. Conflito entre profissionais dentro da equipe	3	1,8	2	1,2	65	38,2	97	57,1	1	,6	2	1,2	170	100,0
h. Fragilidade dos vínculos com a família	6	3,5	5	2,9	72	42,4	81	47,6	5	2,9	1	,6	170	100,0
i. Alta Rotatividade dos profissionais da ESF	25	14,7	25	14,7	62	36,5	49	28,8	7	4,1	2	1,2	170	100,0
j. Baixa mobilização dos usuários para participar das atividades propostas pela ESF	27	15,9	60	35,3	59	34,7	21	12,4	2	1,2	1	,6	170	100,0
k. Baixa mobilização da comunidade para participar nos Conselhos Locais de Saúde	69	40,6	55	32,4	29	17,1	12	7,1	4	2,4	1	,6	170	100,0
l. Inadequação do processo de planejamento e programação de atividades	7	4,1	18	10,6	76	44,7	53	31,2	15	8,8	1	,6	170	100,0
m. Outro	1	,6	-	-	2	1,2	4	2,4	11	6,5	152	89,4	170	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Tabela 136 – C16 Frequência de ocorrências que dificultam o desempenho das atividades da equipe de saúde da família em sua microárea informada pelos Auxiliares/ técnicos de enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008

Dificuldades	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Não sabe informar		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a. Difícil acesso dos profissionais ao território: falta de arruamento, isolamento de algumas residências, acidentes geográficos, etc.	3	3,4	13	14,6	43	48,3	25	28,1	3	3,4	2	2,2	89	100,0
b. Gravidade dos riscos sociais no	21	23,6	19	21,3	35	39,3	10	11,2	3	3,4	1	1,1	89	100,0

Dificuldades	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Não sabe informar		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
âmbito da comunidade (desemprego, violência, tráfico de drogas, etc.)														
c. Grande densidade populacional em relação ao padrão do programa	30	33,7	27	30,3	24	27,0	3	3,4	4	4,5	1	1,1	89	100,0
d. Quantidade excessiva de membros individuais nos grupos familiares em relação ao padrão proposto	21	23,6	27	30,3	23	25,8	11	12,4	6	6,7	1	1,1	89	100,0
e. Forte demanda por atendimento médico	52	58,4	26	29,2	8	9,0	1	1,1	1	1,1	1	1,1	89	100,0
f. Procura por outros serviços de saúde que não a ESF	13	14,6	34	38,2	24	27,0	9	10,1	6	6,7	3	3,4	89	100,0
g. Conflito entre profissionais dentro da equipe	4	4,5	2	2,2	40	44,9	35	39,3	7	7,9	1	1,1	89	100,0
h. Fragilidade dos vínculos com a família	1	1,1	8	9,0	47	52,8	26	29,2	5	5,6	2	2,2	89	100,0
i. Alta Rotatividade dos profissionais da ESF	10	11,2	11	12,4	40	44,9	21	23,6	6	6,7	1	1,1	89	100,0
j. Baixa mobilização dos usuários para participar das atividades propostas pela ESF	16	18,0	30	33,7	32	36,0	6	6,7	4	4,5	1	1,1	89	100,0
k. Baixa mobilização da comunidade para participar nos Conselhos Locais de Saúde	22	24,7	29	32,6	21	23,6	6	6,7	10	11,2	1	1,1	89	100,0
l. Inadequação do processo de planejamento e programação de atividades	3	3,4	12	13,5	42	47,2	20	22,5	8	9,0	4	4,5	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

9. AVALIAÇÃO DE ENTIDADES REPRESENTATIVAS DE PROFISSIONAIS DO MODELO DE GESTÃO DO PSF EM BELO HORIZONTE

Para conhecer a perspectiva das categorias profissionais sobre o modelo de gestão do trabalho em Saúde da Família, foram realizadas entrevistas com três entidades representativas dos profissionais de saúde no Estado de Minas Gerais – a Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade, o Sindicato dos Médicos e o Conselho Regional de Enfermagem.

Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade (AMMFC)

A posição da Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade (AMMFC) é totalmente favorável à Estratégia Saúde da Família, tendo, inclusive, parcerias com a Secretaria Municipal de Saúde, principalmente no campo da educação permanente.

A presidente da Associação relata que, no início da sua implantação, houve manifestações isoladas, contrárias ao PSF, em especial por parte de especialistas, em meio aos quais se destacavam os pediatras. Considera que, atualmente, as relações são boas e a posição é de completa adesão. Representantes da entidade participam de fóruns com representantes da Prefeitura e do Sindicato dos Médicos para discutir condições de trabalho.

Uma das principais demandas dos associados, que vem sendo negociada pela Associação, é a criação do cargo de médico com carga horária de 40 horas semanais, porque o cargo de médico é de 20 horas, remunerando-se o restante da carga horária como hora extra, o que trará problemas futuros, na hora da aposentadoria.

A presidente ressalta que, embora o salário pago pelo município de Belo Horizonte seja superior àquele pago pela maioria dos municípios do Estado, o concurso é feito para 20 horas semanais e que a legalização da jornada efetivamente trabalhada deveria ser instituída, para resguardar injustiças por ocasião da aposentadoria.

A entidade defende a existência de concurso público para ingresso, mas reconhece a sua limitação quando se trata de avaliar candidatos aptos para trabalhar no PSF.

“Na faculdade nós fazemos a avaliação cognitiva, referente ao aprendizado teórico, o que é exigido no concurso. Mas fazemos também a avaliação da habilidade e do comportamento. Eu acho que para o médico de família deveríamos

fazer também esses três níveis de avaliação, teórica, de habilidade técnica e do perfil dele na relação com o usuário. Esse seria o método ideal para a seleção, mas fica difícil em concurso”. (presidente da AMMFC)

Uma das preocupações da entidade tem sido a rotatividade dos profissionais que trabalham na Saúde da Família. A presidente relata que este assunto foi tema de debate em mesas-redondas nos dois últimos congressos da entidade. De acordo com acompanhamentos que vêm sendo feitos em nível estadual, os três fatores que mais seguram o profissional médico são a remuneração, a ambiência e a educação permanente. Há inclusive relatos sobre uma experiência no norte de Minas Gerais em que, através da educação permanente, tem se conseguido manter o médico na equipe.

A representante faz menção também à pesquisa, já discutida anteriormente, realizada pela Secretaria Municipal de Saúde em Belo Horizonte, concernente aos 30 centros de saúde que tinham maior rotatividade médica, quando foram feitas entrevistas com cada profissional que pedia para sair da Estratégia. As respostas foram bastante relacionadas com o estresse no trabalho, principalmente em razão da violência.

Quanto à formação acadêmica para atuar na Saúde da Família, Minas Gerais é o primeiro Estado no *ranking* de profissionais com especialização, informa a médica, mas o número ainda é pequeno diante da necessidade. Para ela, em Minas Gerais seriam necessários cerca de 3.800 médicos de família para que a população estivesse coberta. Atualmente existem no mercado de trabalho menos da metade desses profissionais com título de especialista.

A presidente da Associação reconhece o investimento feito pela Prefeitura na formação dos profissionais, destacando a flexibilização da carga horária de trabalho e o apoio à participação em congressos, com pagamento da inscrição, da passagem e da estadia.

Por ser supervisora na Faculdade, frequenta os centros de saúde com os alunos e tem boa relação com os profissionais; em seu contato no campo, chegam algumas reclamações relacionadas ao tamanho das equipes e a sua abrangência, bem como queixas em relação a transferências e a fluxos, mas que são encaminhadas com êxito.

A AMMFC mantém uma lista de discussão através de e-mail sobre o PSF. Esta foi criada e coordenada pelo atual diretor de comunicação, que realiza reuniões periódicas com outro

grupo, externo à Associação Mineira. É mais um grupo de profissionais de Saúde da Família que se reúne para discussão.

No que diz respeito ao reconhecimento do médico generalista pelas demais especialidades e os possíveis conflitos e disputas no campo da assistência prestada, a presidente da AMMFC avalia que as questões surgidas são pontuais. A AMMFC tem participado de eventos com sociedades de outras especialidades para estabelecer acordos, convênios e parcerias, principalmente com a ginecologia e a pediatria, o que tem facilitado o processo de reconhecimento da nova especialidade. Assim, na avaliação da presidente abre-se um espaço interessante para a medicina de família, em Belo Horizonte, no interior da Associação Médica e do Sindicato, com participação em discussões e em congressos de outras especialidades.

Entre as atribuições do médico generalista, destaca o atendimento clínico integral, a participação nos grupos operativos, nas reuniões de equipe, as visitas domiciliares e a integração com a comunidade em uma perspectiva intersetorial.

A possibilidade de que se consiga formar, em médio prazo, um contingente de médicos generalistas capazes de responder às demandas da ampla cobertura do PSF no município pode se tornar realidade para os próximos dois anos, caso a parceria com a prefeitura seja mantida, argumenta a representante da AMMFC:

“A prefeitura tem investido em capacitação permanente de várias formas. Desde os cursos presenciais, as teleconsultorias on-line e off-line, teleconferências, parcerias com rodas de conversa, grupos de estudo da estratégia saúde da família e apoio para participação em congressos. A prefeitura tem dado apoio à educação permanente de todas essas formas. Tem tido treinamentos específicos, por exemplo, em eletrocardiograma, doenças sexualmente transmissíveis e outras áreas. Os profissionais vão se revezando para fazer esses treinamentos”. (AMMFC)

Quanto à competição entre médicos generalistas e enfermeiros diz serem em alguns casos pontuais, mas que, no geral, o que se observa são parcerias: *“Atualmente está sendo formada uma associação, cujo nome é ‘enfermeiros em luta’, coordenada por um enfermeiro de família”* (AMMFC).

Foram elaborados protocolos clínicos pelas coordenações das áreas técnicas com a participação dos profissionais de saúde e implantados nas Unidades de Saúde da Família com a participação da entidade. Na apresentação do último protocolo sobre a saúde da mulher, a Presidente da associação foi convidada a presidir a mesa.

O maior problema da Estratégia Saúde da Família, no momento, pela perspectiva da Associação, é a baixa valorização do profissional médico de família por seus pares, no caso, os especialistas.

Conselho Regional de Enfermagem (COREN)

Para discutir a posição do COREN sobre a Estratégia Saúde da Família foi entrevistada uma das conselheiras, a coordenadora da Câmara Técnica de Atenção Básica e Obstetrícia, que trabalhou na implantação do PSF no município.

A posição do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) sempre foi favorável e de apoio à implantação da equipe de saúde da família, destacou a conselheira. No início houve alguma resistência em relação à definição do papel do ACS e dificuldades quanto à interpretação da lei referente ao papel do enfermeiro (exercício da enfermagem e prescrição dos medicamentos).

O COREN reconhece a equipe de saúde da família como uma política pública de atenção básica que tem a adesão do Conselho. As dificuldades encontradas se colocam em relação à categoria médica, no que se refere à interpretação da legislação no tocante à prescrição de medicamentos e à solicitação de exames, que resultou em liminar contra a Portaria n.º 1.648 e, mais recentemente, na discussão sobre a Portaria n.º 1.625. O Ministério da Saúde convocou o COSEMS (Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde) e o CRM, com a intermediação do CONASEMS, para fazer a discussão da Portaria n.º 1.648. Os embates têm acontecido principalmente em Brasília e em Minas Gerais.

O ponto principal da polêmica é que, pela nova legislação, o enfermeiro pode prescrever os medicamentos previstos no protocolo dos Programas de Saúde do Ministério da Saúde. A conselheira chama a atenção de que no PSF, por ser trabalho interdisciplinar, esta é uma prática necessária, já que as consultas de enfermagem são intercaladas com as consultas médicas e é preciso solicitar os exames de rotina (no caso de gestantes) e prescrever

medicamentos de rotina. Segundo a conselheira, este é o único ponto de enfrentamento, pois o COREN defende a equipe de saúde da família.

O COREN considera que o concurso público é a melhor forma de evitar a precarização dos contratos, fixar e dar segurança ao profissional, diminuindo, com isso, a alta rotatividade.

Os contratos de profissionais na ESF em Belo Horizonte são estabelecidos, em sua maioria, através de concurso público, mas, de acordo com a conselheira, no interior do Estado há precarização do contrato de trabalho. Durante o Encontro Mineiro de Enfermeiros da Atenção Primária à Saúde, com participação de mais de 1.700 enfermeiros, o problema da precarização do contrato apareceu nos debates.

“Os profissionais contratados não têm férias e, quando muda a política, sai todo mundo e começa tudo de novo. Não podemos defender isso. Nós defendemos o concurso público, que permite a garantia dos direitos, a fixação do profissional, a continuidade da relação com o usuário” (conselheira do COREN)

Informa que no interior ocorre alta rotatividade e não se consegue implantar o Programa, pois o profissional fica vulnerável à mudança de gestores e às políticas partidárias, sendo pressionado a exercer funções que não deveria, na tentativa de se manter no emprego.

A conselheira relata, com preocupação, uma nova experiência de contratação, na modalidade de pregão, em que as empresas que terceirizam negociam os contratos a partir da redução do salário dos contratados. *“Colocam os profissionais numa mesa e quem oferece o menor salário entra. Assim, o gestor vai contratar o profissional que trabalhar pelo menor salário”*. (conselheira do COREN). O Conselho colocou nota no jornal, denunciando esta prática, que vem sendo realizada principalmente no norte do Estado.

Assim como a Associação Mineira de Médicos de Família e Comunidade, o Conselho Regional de Enfermagem reconhece o investimento da prefeitura em sua força de trabalho, destacando a realização de concurso público como estratégia de contratação, o pagamento de adicional de fixação para os profissionais lotados em lugares mais distantes ou mais perigosos e a educação permanente na capacitação dos profissionais. Destaca ainda a

política de valorização da enfermagem, englobando os profissionais de nível médio, iniciada pelo município.

Entre as reivindicações dos trabalhadores enfermeiros, o maior problema surgido atualmente diz respeito à assistência farmacêutica. No PSF, o enfermeiro é o responsável pela farmácia local e quem dispensa medicamentos é o auxiliar. Para a enfermeira, profissionais são hoje retirados da assistência para trabalhar na farmácia. Na rotina diária, um auxiliar entra com os dados no sistema e outro dispensa medicamentos ao usuário. A prefeitura tem feito um movimento para tentar regionalizar a farmácia, o que tem sido uma queixa frequente da enfermagem.

“Nós temos discutido essa responsabilidade do enfermeiro com a farmácia e, inclusive, encaminhamos um parecer nosso para o COSEMS. Queremos a enfermagem na assistência e na vigilância. Os farmacêuticos que assumam a assistência farmacêutica, pois esse espaço é deles. Só que isso não pode ser mudado da noite para o dia, o serviço tem um tempo para se reestruturar” (conselheira do COREN).

Na percepção dos gestores, o COREN teria adotado posição dúbia. Por um lado, apóia e ajuda na construção do modelo e no aumento da possibilidade de atuação do enfermeiro e, em outro momento, tolhe a sua atuação, questionando certas ações que o enfermeiro começa a fazer sem o respaldo da legislação. Cita, como exemplo, a questão da assistência farmacêutica.

“Não há farmacêutico no centro de saúde. O enfermeiro faz a supervisão do auxiliar de enfermagem, que faz a dispensação. Os conselhos e o Sindicato começam a questionar se essa é a atividade dele e que deveria haver mais um enfermeiro para supervisionar, com um responsável técnico no local; onde já se tem cinco enfermeiros, quer-se mais um enfermeiro...” (coordenadora de Atenção Básica).

Outra queixa do COREN está relacionada à falta do profissional médico na equipe, o que sobrecarrega o enfermeiro. Uma reclamação recorrente é sobre a demanda do acolhimento. Os enfermeiros argumentam que, embora o acolhimento seja tarefa que cabe a toda a equipe, o que se observa, na prática, é que o médico fica na retaguarda e o profissional de enfermagem, na realidade, assume o acolhimento, ficando sobrecarregado.

Outra queixa é em relação a agressões dos usuários contra os profissionais. Eles solicitam vigilância em todos os lugares. *“Hoje me contaram um caso em que, inclusive, a polícia foi chamada, já que o usuário ameaçou matar todo mundo, pois não tinha como sua demanda ser atendida naquele momento. A demanda ia ser encaminhada e resolvida. Mas ele provavelmente devia estar com outros problemas e acabou ameaçando os profissionais”* (conselheira do COREN).

Quanto aos conflitos entre médicos generalistas e enfermeiros, a conselheira afirma que depende muito da gestão, da disponibilidade do profissional para trabalhar em equipe e que, em situações variadas, pode-se ter boa articulação ou não. O fato de ser médico generalista tem facilitado a integração com os enfermeiros.

Ao comentar a elaboração dos protocolos clínicos a serem implantados nas Unidades de Saúde da Família, o COREN reconhece que houve a participação dos profissionais de saúde, inclusive dos profissionais ‘da ponta’, mas que há necessidade de revisá-los, pois estão defasados.

Foi feito um repasse da discussão dos protocolos, e os profissionais de enfermagem de nível médio terão todas as capacitações voltadas para os mesmos.

A relação estabelecida entre o enfermeiro e os auxiliares de enfermagem, no que se refere às funções desenvolvidas na Saúde da Família, tem se dado, na maioria das vezes, de forma integrada, segundo a conselheira. Observa-se a tendência dos enfermeiros no sentido abrir-se mais às discussões com os auxiliares e técnicos de enfermagem, porém a sobrecarga de serviço tem dificultado um pouco essa relação.

Quanto às competências dos ACS, a enfermeira informa que estas discussões já foram mais frequentes e que, hoje, em alguns lugares, como Belo Horizonte, não existem muitos problemas. No interior, no entanto, acontecem problemas em razão de o agente exercer funções que não lhe cabem.

Sindicato dos Médicos de Minas Gerais (SMMG)

De acordo com seu presidente, a posição Sindicato dos Médicos de Minas Gerais (SMMG) sempre foi favorável e de apoio à implantação da Estratégia Saúde da Família. No início houve resistência, em sua avaliação, muito pela ‘*mudança de papéis*’ exigida dos médicos que estavam na rede, em sua maioria clínicos, ginecologistas e pediatras, os quais, na nova proposta, deveriam atuar como generalistas e ter dedicação exclusiva, passando para 40 horas semanais.

O concurso é apontado como a melhor forma de ingresso dos profissionais na rede, além de ser norma constitucional. É difícil, dentro das normas de concurso público, avaliar a adequabilidade ao perfil, sob pena de subjetivar o processo. Segundo o presidente do Sindicato, talvez pudessem ser incluídos alguns pontos na análise de currículo, valorizando o título de especialista, o que foi feito no último concurso, que pontuou o título de especialista em medicina de família.

Quanto à contratação dos profissionais para as equipes de saúde da família por meio de ONGs, Cooperativas, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) ou fundações de apoio, o médico informa que, em Belo Horizonte, ainda existe contrato administrativo, mas praticamente residual:

“Não sei exatamente a porcentagem, mas acredito que mais de 25% ainda tem ocupação por contrato, devido ao pessoal que fez concurso e não assumiu. Houve diminuição do número de postos vagos, justamente pelo concurso e pela manutenção dos contratos. Mas ainda é alto o número de contratos diretos com a prefeitura de Belo Horizonte”. (presidente do Sindicato dos Médicos)

De acordo com ele, este tipo de contrato com ONGs, cooperativas e OSCIPs é precário, não tem carteira assinada, os profissionais não contam com FGTS, além de o contrato ser renovado de seis em seis meses, com apenas 20 dias corridos de férias a cada ano, 10 dias corridos a cada seis meses:

“Acredito que nunca teremos 100% dos postos ocupados por concurso. Mas o contrato poderia ser melhor, garantindo mais direitos ao trabalhador. No mínimo, a CLT, mas não através de ONGS, como vemos bastante. Lutamos muito contra

isso, porque certamente é uma forma de burlar a legislação". (presidente do Sindicato dos Médicos)

Para o sindicalista, tem aumentado o número de profissionais que estão percebendo o PSF como perspectiva de carreira, mas a rotatividade ainda é grande em função da exigência de carga horária integral e do desgaste profissional que o trabalho traz. O salário é considerado insatisfatório pelo Sindicato, na medida em que se exige dedicação exclusiva.

Assim como os gestores, o presidente do Sindicato coloca a questão da violência como fator de dificuldade para a fixação dos profissionais. Pensa que o concurso público é estratégia importante para a fixação, mas ressalta que o ideal mesmo seria que houvesse salário e carreira mais adequados para valorizar os diversos locais de trabalho e não uma gratificação para aqueles que estivessem em regiões mais vulneráveis.

Outra estratégia positiva destacada pelo Sindicato foi a oportunidade de qualificação com os cursos de especialização e a flexibilização do horário para aqueles que querem participar.

As principais denúncias ou queixas que chegam ao Sindicato se referem à violência, à falta de condições de trabalho e às condições físicas das Unidades. Segundo o presidente, as queixas em relação à falta de material e de medicamento melhoraram, não sendo mais as principais. A falta de infra-estrutura dos postos de saúde e o excesso de demanda ainda são queixas frequentes. Para o médico, equipes com número elevado de famílias desgastam o profissional e dificultam a relação médico/paciente na prática, no dia-a-dia: *"Ainda que tenha sido feito um bom acordo, a melhoria das condições de trabalho é uma luta constante"* (presidente do Sindicato dos Médicos).

A criação de cargo específico para o PSF de médico de 40 horas, já mencionada pela presidente da Associação Mineira de Medicina de Família e Comunitária, continua a ser a reivindicação dos profissionais que alegam a perda de salário no momento da aposentadoria, embora a contra-argumentação dos gestores seja, segundo o Sindicato, que isto não aconteceria porque, depois de 35 anos, o trabalhador vai ter a contribuição ao fundo municipal de previdência sobre 40 horas semanais.

Além disto, durante as férias, o valor referente à extensão da carga horária é recebido, mas no mês seguinte há um desconto, fazendo-se redução no salário: *"Sem contar que se o*

profissional adoce, dependendo do tempo de licença que tiver, pode perder essa extensão. Ele só tem a garantia das 20 horas, não tem a garantia das 40” (Presidente do Sindicato dos Médicos).

Na avaliação dos gestores, o posicionamento das entidades representativas dos trabalhadores sobre alguns aspectos do processo de implantação da Estratégia não é claro. A coordenação de Atenção Básica expressou que os movimentos sindicais e o CRM não teriam clareza sobre as reais demandas da Atenção Básica. Como exemplo, cita o último movimento para aumento salarial, em que o foco se concentrou nos profissionais da urgência, pois a maior parte da força de trabalho já é dos profissionais de atenção básica: *“Os melhores profissionais nossos foram para dentro do sindicato e tiveram que montar a pauta. Mas na hora em que o Sindicato veio aqui sub-negociar, eles negociam a pauta da urgência”* (coordenadora de Atenção Básica). Considera que a atuação da categoria médica em Belo Horizonte, como nas principais capitais, está pautada pelas demandas dos profissionais ligados ao mercado de trabalho privado, não reconhecendo a importância e a dimensão do mercado público hoje.

Quanto à relação entre o profissional médico generalista e o especialista, o presidente do Sindicato afirma que houve, muito no início, certa tensão e conflito, principalmente com determinadas especialidades, entre elas a pediatria e a ginecologia, existindo a sensação de que os generalistas estariam tomando os pacientes desses especialistas. Hoje parece que esta tensão já foi bem diluída, a relação é boa, e os generalistas vêm ganhando espaço até mesmo dentro da classe profissional, tendo seu trabalho reconhecido, o que melhora a relação com os outros médicos.

Ao ser perguntado sobre o papel do generalista na equipe de saúde da família, o presidente do Sindicato destaca o acompanhamento clínico dos pacientes, o trabalho com a prevenção, que inclui a puericultura, o acompanhamento de pré-natal e de todas as fases da vida, as visitas domiciliares para pacientes acamados que não tenham condições de ir até a unidade, e os grupos operativos de discussão com os pacientes, que abordam temas diversos. Na opinião dele, a saúde mental está sendo ‘empurrada’ para o PSF. *“Na realidade, às vezes o gestor acha que temos que fazer tudo e tenta repassar para nós as atribuições que consideramos serem do especialista”* (presidente do Sindicato dos Médicos).

Em relação à possibilidade de, em curto prazo, haver um contingente significativo de médicos de família, o presidente aponta como fator de dificuldade a própria academia e as entidades formadoras: *“as universidades ainda têm dificuldade de elaborar o conteúdo programático necessário para que o médico logo que se forme possa atuar como generalista”*.

Acrescenta que o currículo da UFMG, em tese, é voltado para o generalista, mas não há uma cadeira de medicina de família dentro da faculdade, apesar de existirem disciplinas isoladas que abordam o tema de medicina de família. Ele observa também que as faculdades particulares parecem ter maior facilidade de acompanhar as demandas do mercado.

“A UNICENA já tem disciplinas nesta área e a Faculdade de Ciências Médicas ainda está se aprimorando. Independente da forma como o currículo está estruturado, há a tendência da academia à superespecialização. É uma tendência do próprio estudante de medicina, também, acreditar que a especialização ou o ‘trabalho autônomo’ ainda é o foco, que ele tem que buscar uma subespecialidade cirúrgica, clínica” (Presidente do Sindicato dos Médicos).

Outra dificuldade apontada pelo médico é o fato de que, hoje, muitos médicos fazem residência de clínica médica como pré-requisito para entrar em outras especialidades, como cardiologia, gastroenterologia, cirurgia geral e pediatria, havendo a tendência do aparelho formador em expor essa face da medicina como a mais valorizada:

“Se for entrevistado um aluno que está entrando no curso de medicina, dificilmente ele vai falar que quer ser médico de família. Ele quer ser neurologista, pesquisador, tudo, menos médico de família. Mas, no final a realidade do mercado fala mais alto. Hoje, o mercado está cada vez mais voltado para o PSF e para o generalista” (presidente do Sindicato dos Médicos).

Para o representante do Sindicato, o maior empregador de médicos no país nos próximos anos certamente será o PSF. A própria valorização do médico de Saúde da Família começa a acontecer quando os profissionais colocam o PSF como uma carreira, um projeto de vida, na medida em que a residência ganha maior estrutura, com algum grau de tradição e experiência.

Sobre a competição que pode se instalar em relação às atribuições de médicos e enfermeiros, o presidente do Sindicato tem posição bastante clara. Para ele, isto acontece porque, em razão da dificuldade de se manter os profissionais, de garantir a sua permanência com salários dignos e boas condições de trabalho, os gestores começam a utilizar indevidamente o trabalho do profissional de enfermagem, extrapolando as suas funções. Para ele, o PSF corre o risco de ter sua proposta modificada quando os processos de trabalho são modificados:

“Essa é uma discussão que temos que fazer, inclusive com os conselhos de enfermagem, visando à proteção do próprio profissional de enfermagem nesse processo. É um processo rico, importante, multidisciplinar, que é novo, que tem que ser mais conhecido, mais trabalhado, mas que envolve determinados resultados tanto para a população quanto para os profissionais. No dia-a-dia, certamente quando a equipe trabalha de maneira harmônica, correta, em que as pessoas têm um bom relacionamento, essa interação favorece muito o trabalho tanto do médico quanto da enfermagem. É um ganho significativo para a equipe toda e para a população quando se consegue ter a forma adequada de trabalho” (presidente do Sindicato dos Médicos MG).

O maior problema do PSF, para o Sindicato, é o fluxo. As equipes estão incompletas e o número de famílias adstritas é alto (existiria ESF em que o profissional é responsável por sete, oito mil pessoas), tudo isto dificultando o desenvolvimento de um bom trabalho, argumentou o sindicalista.

10. DESAFIOS DA GESTÃO DO TRABALHO NA SAÚDE DA FAMÍLIA

O componente da gestão do trabalho em Saúde da Família diz respeito às diferentes dimensões das relações de trabalho estabelecidas entre os profissionais que atuam nas equipes nos diferentes municípios, em função da descentralização que caracteriza o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

A gestão do trabalho,⁵ segundo a secretária da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, tem como abordagem o trabalho visto como processo de trocas, de criatividade, de co-participação e co-responsabilização, de enriquecimento e de comprometimento mútuos. Essa dimensão da gestão pressupõe a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho, tais como: Plano de Carreira, Cargos e Salários; vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e de negociação das relações de trabalho em saúde, com mesas de negociação permanente e comissões locais de negociação das condições de trabalho; capacitação e educação permanente dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho, dentre outros.

Na presente pesquisa “Estudos de caso sobre a implementação da Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos”, a abordagem sobre a gestão desse trabalho contempla elementos que possibilitam compreender como as relações de trabalho são estabelecidas. Para tanto, a pesquisa buscou conhecer o perfil dos profissionais que atuam nessa Estratégia em relação a sexo, idade, formação e, também, seu envolvimento em fóruns de formulação da política e de ações de saúde, bem como em entidades representativas.

O detalhamento sobre a forma de inserção desses profissionais é possibilitado por meio do mapeamento dos vínculos estabelecidos, dos mecanismos de seleção utilizados e da remuneração dos profissionais. Nesse contexto, buscou-se verificar a rotatividade e os possíveis motivos de insatisfação que dificultam a fixação. A capacitação e os incentivos são componentes essenciais para compreender a adesão dos profissionais à Saúde da Família.

Por fim, complementa-se a compreensão da gestão do trabalho através dos mecanismos de supervisão estabelecidos e da avaliação que os profissionais fazem do processo de trabalho em equipe, pois são dimensões que influenciam direta e indiretamente o arranjo das relações de trabalho no contexto de trabalho da Estratégia Saúde da Família.

⁵ A partir do site do Ministério da Saúde

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23760

De maneira geral, as informações reunidas por meio das entrevistas com gestores e dos questionários respondidos pelos profissionais demonstram que a gestão de trabalho das equipes de saúde de família em Belo Horizonte tem buscado equacionar as múltiplas variáveis que influenciam diretamente a dinâmica entre os profissionais e seu trabalho com a comunidade.

Tal situação pode ser evidenciada pelo tempo de permanência dos profissionais nas equipes, pelos mecanismos de remuneração adequados por categoria, pelas complementações via recompensas específicas, com a possibilidade, para o médico, de fazer plantão em Unidade de Urgência, com contrato de trabalho predominantemente estatutário e por meio da CLT (caracterizando a não precarização), pelos incentivos para a capacitação dos profissionais, pela definição por parte da equipe dos temas para educação permanente e pelo trabalho em equipe avaliado de maneira positiva pelas diferentes categorias profissionais.

No entanto, chama a atenção que, embora esses mecanismos de gestão estejam implementados, os gestores, principalmente, destaquem a dificuldade de atrair e reter profissionais médicos, notadamente nas regiões menos favorecidas da cidade.

Ainda, pode-se identificar que os principais desafios para a gestão do trabalho no município de Belo Horizonte concentram-se em aperfeiçoar e expandir os mecanismos da gestão do trabalho.

Do ponto de vista do perfil dos profissionais, destaca-se a necessidade de ampliar a quantidade daqueles com especialização própria para atuar na Estratégia Saúde da Família, bem como dos que tenham forte identificação com essa proposta. Lembra-se que a crença de que a Estratégia pode reorganizar a atenção à saúde no SUS e resolver as principais demandas de saúde da população foram os fatores principais apontados pelos profissionais como motivos da sua escolha para nela trabalhar.

Sobre a rotatividade, deve-se considerar que a percepção dos profissionais ainda aponta a remuneração como fator de insatisfação, embora a SMSA de Belo Horizonte tenha mecanismos diferenciados de remuneração já estabelecidos. Além disso, destacam-se fatores de insatisfação como: as condições de trabalho, a exigência da carga horária integral, a baixa oportunidade de progressão profissional, o baixo comprometimento dos

profissionais e a ausência de formação prévia compatível com o modelo proposto pela Estratégia Saúde da Família.

Em relação à capacitação, os principais pontos de melhoria identificados estão ligados à efetividade do curso introdutório para os ACS e para os auxiliares/técnicos de enfermagem, bem como as capacitações voltadas para que os profissionais estejam aptos a lidar com a diversidade sociocultural da comunidade, lembrando, contudo, que menos da metade dos ACSs e dos auxiliares de enfermagem das equipes realizou o curso introdutório.

A supervisão das equipes, no que diz respeito às diferentes categorias profissionais, pode ter maior contribuição para a orientação do processo de trabalho, em particular para os ACS e os auxiliares/técnicos, e sua adequada realização conforme os princípios da ESF. Da mesma maneira, o trabalho em equipe também tem espaço para maior consolidação na medida em que a demanda pelo médico seja menos acentuada entre a população e haja maior mobilização da comunidade na participação dos conselhos de saúde, como também maior equilíbrio no dimensionamento da população em relação ao padrão estabelecido pela Estratégia Saúde da Família.

Por fim, as dimensões analisadas da gestão do trabalho nas equipes do município de Belo Horizonte reforçam os desafios na busca de minimizar a complexidade da inserção dos profissionais na Estratégia face ao contexto de trabalho e seu entorno.

Ainda sobre a gestão do trabalho recupera-se, a seguir, um breve histórico de sua inserção no âmbito do SUS e seus desafios.

A questão de recursos humanos adquiriu centralidade no debate sobre a gestão do sistema de saúde, considerada como ponto crucial para a implementação e, atualmente, para a consolidação de um modelo assistencial com base nas diretrizes do SUS, cumprindo sua proposta de ser equitativo, democrático e eficiente (Dal Poz et al., 2002; Fonseca e Seixas, 2002; Pierantoni, 2001; Pustai, 2004).

Para Pierantoni (2001), no entanto, a área de gestão de recursos humanos se desenvolve com características inovadoras no que se refere ao nível do debate e da produção intelectual neste campo; mas é conservador no que diz respeito à baixa institucionalidade alcançada entre a formulação e a execução efetiva de ações transformadoras da gestão de recursos humanos em saúde.

Pierantoni, Varela e França (2004) destacam que a histórica negligência e, mesmo, a ausência de políticas para Recursos Humanos (RH) no setor de saúde têm algumas possíveis causas. Dentre elas estão: abordagens que enfatizam aspectos quantitativos da força de trabalho em detrimento de uma abordagem contemporânea, que se concentra na motivação e no desempenho; políticas públicas centralizadas de regulação do emprego, que reduzem as políticas setoriais ao papel de mera implementação de diretrizes nacionais; e a não valorização do papel dos profissionais, questão que se agrava no caso dos médicos, que recebem formação com valores de autonomia e de regulação profissional próprias mais forte do que as metas políticas e operacionais que lhes são impostas pelo sistema de saúde.

No sentido de alterar este panorama, colocam-se algumas dimensões críticas, que devem ser analisadas e acompanhadas de mecanismos de intervenção. Seriam elas: a dimensão gerencial, ou seja, a gestão de sistemas e serviços de saúde; a dimensão estrutural, que inclui questões relativas à formação dos profissionais e à composição do mercado de trabalho; e a dimensão regulatória, em que se insere a discussão das instituições e dos mecanismos de regulação do sistema e das relações de trabalho, bem como aspectos de regulação profissional.

Pode-se dizer que a discussão sobre políticas de recursos humanos em saúde esteve centrada em dois destes pontos considerados fundamentais. De um lado, há a preocupação com a oferta de recursos humanos adequados ao sistema de saúde, o que se reflete no foco da formação profissional e da capacitação; de outro, estão as questões relativas à *gestão do trabalho*, que se centram nos processos de utilização⁶ dos recursos humanos, campo no qual se discutem processos de recrutamento e de seleção, de contratação e de remuneração (Dal Poz, 2002; Fonseca e Seixas, 2002; Pierantoni, 2001).

No entanto, alguns desafios se apresentam no contexto, fazendo surgir outras questões importantes no debate e demonstrando a necessidade de ampliar o olhar sobre as políticas de RH na saúde. A combinação entre as transformações no mundo do trabalho com a implementação da política setorial na saúde aprofunda os desafios para gestão de RH no setor (OPAS, 2004; Pierantoni, Varela e França, 2004).

⁶ De acordo com terminologia utilizada por Fonseca e Seixas (2002).

Quanto aos desafios que se colocam a partir da mudança no setor, podem ser citadas as mudanças gerenciais, como a descentralização; a maior flexibilidade nas condições de trabalho e a ênfase no enfoque de equipe; as preocupações com competências, produtividade, qualidade e credenciamento; melhor recrutamento e práticas de retenção; complexidade da coexistência de regimes de trabalho diversos para categorias ocupacionais semelhantes; atenção ao estado de saúde, aos direitos e obrigações dos trabalhadores de saúde; migrações internacionais e maior mobilidade dos trabalhadores; demandas sociais de condições de trabalho mais equitativas; aumentos descontrolados das ofertas educacionais pelo setor privado (OPAS, 2004).

Ao mesmo tempo, a modificação no modelo assistencial proposta a partir da implantação do PSF, que envolve mudanças expansionistas de cobertura e de abertura de postos de trabalho, fixa novos objetivos para a gestão de RH na saúde. São incorporadas as preocupações com o aumento da cobertura populacional e com a fixação das equipes de profissionais para assegurar a prestação de serviços de saúde de forma adequada e equitativa. Além disso, busca-se a garantia das competências e habilidades chaves e do desempenho dos profissionais diante dos objetivos definidos, e o fortalecimento da capacidade de planejamento e gerenciamento do setor de saúde (Pierantoni, Varella e França, 2004).

Estes desafios se somam a um conjunto de problemas que não foram equacionados e formam um panorama que aponta diversos pontos, nos quais a discussão de RH deve avançar. Muitos destes problemas não são exclusivos do Brasil e são enfrentados em diversos países. Os desequilíbrios na disponibilidade, na composição e na distribuição da força de trabalho, combinados com a deterioração das condições de trabalho e a precariedade dos sistemas de incentivo, são exemplos destes problemas (Dal Poz, 2002; Brasil, 2004).

É dentro desse contexto que se destaca o papel do Estado no gerenciamento de pessoas, o que envolve, dentre outras ações, atrair e reter profissionais adequados ao bom funcionamento do programa. Considera-se que estas dimensões são consequências de um conjunto de determinantes, inclusive a gestão de RH, e ressalta-se a importância de

conhecer tais determinantes para subsidiar as próprias ações da gestão de recursos humanos.

Outro ponto a ser levado em conta neste contexto é de que a forma de implantação do PSF, embora preconize a atuação em equipe multifuncional, acaba por destacar a figura do médico, que adquire papel central neste tipo de atendimento, pois uma equipe de saúde da família só se constitui quando há um profissional médico. Este destaque leva a reflexões sobre a atuação deste profissional e o gerenciamento desta categoria no contexto específico da APS.

Dados do 1º Censo de Recursos Humanos da Atenção Primária em Minas Gerais (Barbosa e Rodrigues, 2007) mostram que 47% dos médicos atuantes no modelo PSF permanecem somente até dois anos trabalhando no mesmo município. Este dado ilustra a dificuldade, por parte do Estado, de atrair e reter estes profissionais em determinadas localidades, notando-se alta rotatividade dos profissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que ofertam atenção à saúde no modelo PSF.

Resultados de pesquisas a respeito da rotatividade de profissionais da saúde indicam que sua desejada fixação tem sido considerada como elemento capaz de promover melhoria na qualidade da assistência oferecida ao usuário do serviço de saúde. Este impacto decorre da constituição de vínculos entre os profissionais que, coletivamente, prestam assistência, e entre estes e a comunidade onde o serviço está inserido, além de ser reflexo da formação e do aprimoramento do profissional propiciados por maior tempo de permanência no mesmo local de trabalho (Observarhsp, 2006).

Neste contexto, destaca-se a amplitude do problema da fixação de médicos, que passa por todas as questões relativas às motivações e à vocação do profissional, à sua formação, bem como pelo imaginário da profissão, construído a partir dela, e pelas condições objetivas de trabalho. Leva-se em conta, ainda, as características desta profissão, analisadas sob um enfoque sociológico, e a natureza da atividade desenvolvida.

VII. ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A descrição e a análise do processo de trabalho e das práticas assistenciais das equipes de saúde da família foram efetuadas a partir dos resultados do inquérito com os profissionais da ESF do município de Belo Horizonte, abordando os seguintes aspectos: a programação das ações programáticas, o estabelecimento de ações prioritárias para o atendimento da população, a identificação das principais atividades realizadas por tipo de profissional e a avaliação da relação dos profissionais da equipe de saúde da família com a população atendida.

1. PROGRAMAÇÃO DAS ATIVIDADES DA EQUIPE

De acordo com os médicos, os principais instrumentos que orientam a realização da programação das ações desenvolvidas pela ESF são: as demandas da população (86%), a decisão da equipe a partir do perfil epidemiológico da população e da realidade local (78%), orientações da Secretaria Municipal de Saúde (68%) e o diagnóstico da comunidade (57%) (tabela C5).

A opinião dos enfermeiros foi similar, apontando os mesmos instrumentos como os mais utilizados: as demandas da população (89%), a decisão da equipe a partir do perfil epidemiológico da população e da realidade local (89%), orientações da Secretaria Municipal de Saúde (73%) e o diagnóstico da comunidade (72%). As normas do Ministério da Saúde e a disponibilidade de espaço físico foram apontadas por 55% dos enfermeiros.

Dois fatores merecem destaque: a forte orientação da programação das atividades das ESF pela demanda da população e seu perfil epidemiológico, bem como a referência ao espaço físico da USF. Cerca da metade dos profissionais de nível superior apontou a disponibilidade de espaço físico, o que sugere limitações para a realização de atividades condicionadas por este fator.

Tabela 1 – C5 Instrumentos que orientam a programação das ações da ESF informados pelos médicos e enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008

Instrumentos	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
a) Dados do SIAB	14	19,4	19	25,3	33	22,4
b) Normas do Ministério da Saúde	28	38,9	41	54,7	69	46,9
c) Orientação da Secretaria Municipal de Saúde	49	68,1	55	73,3	104	70,7
d) Diagnóstico da comunidade	41	56,9	54	72,0	95	64,6
e) Decisão da equipe a partir do perfil epidemiológico da população e da realidade local	56	77,8	67	89,3	123	83,7
f) Demandas da população	62	86,1	67	89,3	129	87,8
g) Disponibilidade de espaço físico	34	47,2	41	54,7	75	51,0
h) Dados de outros sistemas de informação	6	8,3	18	24,0	24	16,3
i) Outros	2	2,8	8	10,7	10	6,8
j) Não sabe informar	1	1,4	0	0,0	1	0,7

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Observação: n= 72 médicos e n=75 enfermeiros.

Descrição dos outros: disponibilidade de profissionais (2); demanda solicitada pelo ACS; disponibilidade de tempo/agenda; Gerência de epidemiologia (GEREPI); orientação da gerente da unidade; planilha 2F2 ACS, enfermagem e recursos humanos.

Os ACS e os auxiliares/técnicos de enfermagem informaram os mesmos instrumentos que orientam a realização da programação das ações desenvolvidas pela ESF indicados pelos médicos e enfermeiros. Para os ACSs, mais frequentemente orientam a programação de ações: as demandas da população (85%), a decisão da equipe a partir do perfil epidemiológico da população e da realidade local (78%), o diagnóstico da comunidade (55%) e a orientação da Secretaria Municipal de Saúde (45%).

Para 73% dos auxiliares/técnicos de enfermagem, a programação é orientada pelas demandas da população; para 67%, pela decisão da equipe a partir do perfil epidemiológico da população e da realidade local; para 46%, pela orientação da Secretaria Municipal de Saúde; e para 55%, pelo diagnóstico da comunidade.

Tabela 2 – C5 Instrumentos que orientam a programação das ações da ESF informados pelos ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008

Instrumentos	ACS		Aux/Téc enfermagem		Total	
	n	%	n	%	n	%
a) Dados do SIAB	56	32,9	15	16,9	71	27,4
b) Normas do Ministério da Saúde	68	40,0	42	47,2	110	42,5
c) Orientação da Secretaria Municipal de Saúde	77	45,3	49	55,1	126	48,6
d) Diagnóstico da comunidade	93	54,7	41	46,1	134	51,7
e) Decisão da equipe a partir do perfil epidemiológico da população e da realidade local	132	77,6	60	67,4	192	74,1
f) Demandas da população	146	85,9	65	73,0	211	81,5
g) Disponibilidade de espaço físico	60	35,3	31	34,8	91	35,1
h) Dados de outros sistemas de informação	28	16,5	10	11,2	38	14,7
i) Outros	4	2,4	5	5,6	9	3,5
j) Não sabe informar	4	2,4	3	3,4	7	2,7

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Observação: n = 170 ACS e n = 89 auxiliares/técnicos de enfermagem.

Descrição dos outros: dados trazidos pelo ACS (2); disponibilidade de pessoal (2); IBGE, intervenção do ACS, demanda espontânea e orientação gerencial.

Os enfermeiros (99%), os médicos (97%), os ACS (86%) e os auxiliares de enfermagem (82%), isto é, os integrantes da equipe básica, são os profissionais que mais participam na programação de ações da ESF, segundo a informação da maioria dos médicos e dos enfermeiros entrevistados no município de Belo Horizonte.

As coordenações distritais foram indicadas por 12% dos profissionais de nível superior e as gerências de unidades especificadas, por 7%.

Tabela 3 – C6 Profissionais que participam regularmente da programação de ações da ESF, informados pelos médicos e enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008

Profissionais	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
a) Médicos	72	100,0	70	93,3	142	96,6
b) Enfermeiros	72	100,0	74	98,7	146	99,3
c) Odontólogos	11	15,3	15	20,0	26	17,7
d) ACS	60	83,3	67	89,3	127	86,4
e) THD	1	1,4	8	10,7	9	6,1
f) ACD	2	2,8	13	17,3	15	10,2
g) Auxiliares de enfermagem	56	77,8	65	86,7	121	82,3
h) Coordenação municipal do PSF	1	1,4	7	9,3	8	5,4
i) Coordenações distritais/ zonais/ regionais do PSF	6	8,3	11	14,7	17	11,6
j) Outros: gerência da UBS	3	4,2	7	9,3	10	6,8

Observação: n= 72 médicos e n=75 enfermeiros.

Descrição dos outros: assistente social/ zoonoses.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

A informação dos ACSs e dos auxiliares de enfermagem entrevistados no município de Belo Horizonte corresponde àquela dos médicos e enfermeiros, ou seja, as quatro categorias profissionais integrantes da equipe básica – enfermeiros (98%), os médicos (86%), os ACSs (81%) e os auxiliares de enfermagem (82%) – participam mais regularmente da programação de ações da ESF segundo os entrevistados.

Tabela 4 – C6 Profissionais que participam regularmente da programação de ações da ESF, informados pelos ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008

Profissionais	ACS		Aux/Téc enfermagem		Total	
	n	%	n	%	n	%
a) Médicos	149	87,6	74	83,1	223	86,1
b) Enfermeiros	167	98,2	86	96,6	253	97,7
c) Odontólogos	40	23,5	20	22,5	60	23,2
d) ACS	145	85,3	66	74,1	210	81,1
e) THD	11	6,5	10	11,2	21	8,1
f) ACD	21	12,4	14	15,7	35	13,5
g) Auxiliares de enfermagem	142	83,5	70	78,7	212	81,8
h) Coordenação municipal do PSF	12	7,1	11	12,4	23	8,9
i) Coordenações distritais/zonais/ regionais do PSF	20	11,8	14	15,7	34	13,1
j) Outros: gerência da UBS	2	1,2	3	3,4	5	1,9

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Observação: n = 170 ACS e n = 89 auxiliares/técnicos de enfermagem. Descrição dos outros: ESF (2).

De acordo com a maioria dos médicos e dos enfermeiros, a periodicidade da programação das atividades realizadas pela sua equipe de saúde da família é semanal (76% dos médicos e 72% dos enfermeiros). Doze por cento dos médicos e nove por cento dos enfermeiros relataram ausência de regularidade na programação.

Tabela 5 – C7 Periodicidade da programação das atividades da ESF informada pelos médicos e enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008

Periodicidade	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Semanal	55	76,4	54	72,0	109	74,1
Quinzenal	4	5,6	4	5,3	8	5,4
Mensal	4	5,6	10	13,3	14	9,5
Sem regularidade	9	12,5	7	9,3	16	10,9
Total	72	100,0	75	100,0	147	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

A maioria dos ACS e dos auxiliares/técnicos de enfermagem afirmou que a realização da programação das atividades pela sua equipe de saúde da família é feita semanalmente (72% dos ACSs e 64% dos auxiliares/técnicos de enfermagem). Nove por cento dos ACSs e 15% dos auxiliares/técnicos de enfermagem relataram ausência de regularidade da programação. Dois ACSs disseram que a equipe não realiza programação.

Tabela 6 – C7 Periodicidade da programação das atividades da ESF informada pelos ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008

Periodicidade	ACS		Aux/Téc enfermagem		Total	
	n	%	n	%	n	%
Semanal	122	71,8	57	64,0	179	69,1
Quinzenal	13	7,6	8	9,0	21	8,1
Mensal	18	10,6	11	12,4	29	11,2
Sem regularidade	15	8,8	13	14,6	28	10,8
Não realiza a programação	2	1,2	-	-	2	0,8
Total	170	100	89	100,0	259	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) são pouco utilizados pelas equipes saúde da família na programação de suas atividades. A maior parte dos médicos (61%) não soube informar acerca da utilização dos dados do SIAB pela sua equipe, 28% relataram que estes são discutidos entre a equipe e 17% utilizam os dados para análise e

tomada de decisão. Contudo, cerca de metade dos enfermeiros (45%) responderam que usa os dados do SIAB para discutir entre a equipe, 35% utilizam-nos para análise e tomada de decisão e 37% não souberam informar.

Tabela 7 – C8 Uso dos dados do SIAB pela equipe, informado pelos médicos e enfermeiros, ESF, Belo Horizonte (MG), 2008

Uso do SIAB	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
a) Remete mensalmente a Secretaria Municipal de Saúde	7	9,7	19	25,3	26	17,7
b) Analisa os dados para a tomada de decisões	12	16,7	26	34,7	38	25,9
c) Discute os dados com a coordenação do PSF	4	5,6	2	2,7	6	4,1
d) Discute com a comunidade os dados	5	6,9	1	1,3	6	4,1
e) Discute os dados com outros órgãos governamentais	0	0,0	0	0,0	0	0,0
f) Discute os dados entre a equipe	20	27,8	34	45,3	54	36,7
g) Não sabe informar	44	61,1	28	37,3	72	49,0

Observação: n= 72 médicos e n=75 enfermeiros.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Para a maioria dos ACS (58%) e auxiliares/técnicos de enfermagem (31%), os dados do SIAB são utilizados pela equipe principalmente para análise e tomada de decisões. Segundo 45% dos ACS, a equipe discute os dados com a coordenação do PSF enquanto 40% dos auxiliares/técnicos de enfermagem relatam que os dados são discutidos entre a equipe.

Tabela 8 – C8 Uso dos dados do SIAB pela equipe, informado pelos ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem, ESF, Belo Horizonte (MG), 2008

Uso do SIAB	ACS		Aux/Téc enfermagem	
	n	%	n	%
a) Remete mensalmente a Secretaria Municipal de Saúde	24	14,1	15	16,9
b) Analisa os dados para a tomada de decisões	98	57,6	28	31,5
c) Discute os dados com a coordenação do PSF	76	44,7	15	16,9
d) Discute com a comunidade os dados	15	8,8	5	5,6
e) Discute os dados com outros órgãos governamentais	5	2,9	3	3,4
f) Discute os dados entre a equipe	-	-	36	40,4
g) Outros	8	4,7	-	-
h) Não sabe informar	35	20,6	38	42,7

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Observação: n = 170 ACS e n = 89 auxiliares/técnicos de enfermagem.

Descrição de outros: ainda não são utilizados; às vezes, algum dado é discutido em reunião geral da unidade; discutem com o gestor da UBS; fênix, usados no curso de formação dos ACS; formulários de visita dos ACS; e não temos SIAB (3).

Foi solicitado aos ACS e aos auxiliares/técnicos de enfermagem que indicassem a frequência com que empregam instrumentos para facilitar o seu processo de trabalho. A reunião de equipe foi citada por 90% dos ACS como utilizada sempre ou na maioria das vezes, seguida pelo cadastro das famílias (86%) e pela programação semanal (84%). Os auxiliares/técnicos de enfermagem relataram utilizar sempre ou na maioria das vezes os mesmos instrumentos que os ACS: a reunião de equipe (80%), a programação semanal (78%) e o cadastro das famílias (73%) (tabelas C14).

Tabela 9 – C14 Instrumentos utilizados pelos ACS para facilitar o trabalho e frequência de uso, Belo Horizonte (MG), 2008

Instrumentos	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Não usa		Não conhece		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Plano de metas	61	35,9	55	32,4	21	12,4	19	11,1	11	6,5	3	1,8	170	100,0
Programação semanal	81	47,6	62	36,5	18	10,6	8	4,7	1	0,6	-	-	170	100,0
Reunião de equipe	132	77,6	22	12,9	14	8,2	2	1,2	-	-	-	-	170	100,0
Mapa da área	46	27,1	25	14,7	63	37,1	33	19,5	1	0,6	2	1,2	170	100,0
Diagnóstico da comunidade	87	51,2	41	24,1	25	14,7	13	7,7	1	0,6	3	1,8	170	100,0
Cadastro das famílias	115	67,6	32	18,8	17	10,0	5	3,0	-	-	1	0,6	170	100,0
Relatórios Consolidados de Informações do SIAB	72	42,4	20	11,8	26	15,3	27	15,9	22	12,9	3	1,8	170	100,0
Outro	15	8,8	3	1,8	1	0,6	112	65,9	10	5,9	29	17,1	170	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Descrição de outros: formulários de visita dos ACS (2); acompanhamento mensal, registros no caderno do ACS e mapa/planilha atualizado por equipe.

Tabela 10 – C14 Instrumentos utilizados pelos auxiliares/ técnicos de enfermagem para facilitar o trabalho e frequência de uso, Belo Horizonte (MG), 2008

Instrumentos	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Não usa		Não conhece		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Plano de metas	29	32,6	28	31,5	11	12,4	11	12,4	8	9,0	2	2,2	89	100,0
Programação semanal	41	46,1	28	31,5	8	9,0	10	11,2	-	-	2	2,2	89	100,0
Reunião de equipe	56	62,9	15	16,9	14	15,7	3	3,3	-	-	1	1,1	89	100,0
Mapa da área	28	31,5	11	12,4	24	27,0	23	25,9	2	2,2	1	1,1	89	100,0
Diagnóstico da comunidade	27	30,3	26	29,2	17	19,1	12	13,5	4	4,5	3	3,4	89	100,0
Cadastro das famílias	45	50,6	20	22,5	7	7,9	16	17,9	-	-	1	1,1	89	100,0
Relatórios Consolidados de Informações do SIAB	12	13,5	11	12,4	13	14,6	38	42,7	14	15,7	1	1,1	89	100,0
Outro	4	4,5	-	-	-	-	74	83,2	10	11,2	1	1,1	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Descrição de outros: caderno de entrada e saída; coleta e produção.

2. AÇÕES PRIORITÁRIAS DA EQUIPE

A maioria dos médicos (94%), dos enfermeiros (97%), dos ACS (94%) e dos auxiliares/técnicos de enfermagem (97%) estabelece prioridades no atendimento da população cadastrada pela sua equipe.

Tabela 11 – C9 Estabelecimento de prioridades no atendimento da população cadastrada informado pelos médicos e enfermeiros, ESF, Belo Horizonte (MG), 2008

Prioridade	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	68	94,4	73	97,3	141	95,9
Não	4	5,6	2	2,7	6	4,1
Total	72	100,0	75	100,0	147	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Tabela 12 – C9 Estabelecimento de prioridades no atendimento da população cadastrada informado pelos ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Prioridade	ACS		Aux/Téc enfermagem		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	160	94,1	86	96,6	246	95,0
Não	10	5,9	3	3,4	13	5,0
Total	170	100,0	89	100,0	259	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Para os 68 médicos e 73 enfermeiros que responderam estabelecer prioridades no atendimento da população cadastrada pela sua equipe, foi solicitado que indicassem quais são as ações prioritárias. Entre os médicos, as principais ações destacadas foram: o controle da hipertensão (97%), a atenção pré-natal (94%), o controle do diabetes (92%) e a atenção à criança (90%). As respostas dos enfermeiros foram similares: a atenção pré-natal (97%), o controle da hipertensão (94%), a atenção à criança (94%) e o controle do diabetes (93%). A saúde mental é a ação prioritária para o município informada pelos gestores; mesmo sem ter sido incluída na lista de ações do questionário aplicado aos médicos e enfermeiros foi lembrada entre as respostas por alguns profissionais entrevistados (tabela C10).

Tabela 13 – C10 Ações prioritárias das equipes de Saúde da Família informadas pelos médicos e enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008

Ações prioritárias	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
a) Atenção à criança	61	89,7	69	94,5	130	92,2
b) Atenção ao adolescente	7	10,3	15	20,5	22	15,6
c) Atenção aos idosos	49	72,1	45	61,6	94	66,7
d) Atenção pré-natal	64	94,1	71	97,3	135	95,7
e) Atenção ao puerpério	35	51,5	54	74,0	89	63,1
f) Planejamento familiar	42	61,8	54	74,0	96	68,1
g) Controle de câncer uterino	38	55,9	57	78,1	95	67,4
h) Controle de DST/Aids	12	17,6	18	24,7	30	21,3
i) Controle do diabetes	63	92,6	68	93,2	131	92,9
j) Controle da hipertensão	66	97,1	69	94,5	135	95,7
k) Controle da tuberculose	37	54,4	47	64,4	84	59,6
l) Controle da hanseníase	14	20,6	23	31,5	37	26,2
m) Controle da dengue	34	50,0	38	52,1	72	51,1
n) Saúde bucal	8	11,8	22	30,1	30	21,3
o) Outros	4	5,9	6	8,2	10	7,1

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Observação: n = 68 médicos e n = 73 enfermeiros que informaram que a equipe estabelece prioridade no atendimento da população cadastrada.

Descrição dos outros: saúde mental (4); desnutrição (2); acolhimento; asma; atendimento de casos agudos; controle da leishmaniose; práticas alternativas para a melhoria da qualidade de vida da população e câncer de mama.

As ações prioritárias mais citadas entre os ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem que afirmaram o estabelecimento de prioridades para o atendimento da equipe foram as mesmas assinaladas pelos profissionais de nível superior: o controle da hipertensão (97% dos ACSs e 93% dos auxiliares/técnicos de enfermagem); a atenção pré-natal (95% e 89%, respectivamente); a atenção à criança (94% e 91%, respectivamente) e o controle do diabetes (94% e 91%, respectivamente).

Tabela 14 – C10 Ações prioritárias das equipes de Saúde da Família informadas pelos ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008

Ações prioritárias	ACS		Aux/Téc enfermagem		Total	
	n	%	n	%	n	%
a) Atenção à criança	150	93,8	78	90,7	228	92,7
b) Atenção ao adolescente	54	33,8	28	32,6	82	33,3
c) Atenção aos idosos	120	75,0	66	76,7	186	75,6
d) Atenção pré-natal	152	95,0	77	89,5	229	93,1
e) Atenção ao puerpério	124	77,5	62	72,1	186	75,6
f) Planejamento familiar	112	70,0	63	73,3	175	71,1
g) Controle de câncer uterino	88	55,0	56	65,1	144	58,5
h) Controle de DST/Aids	57	35,6	39	45,3	96	39,0
i) Controle do diabetes	150	93,8	78	90,7	228	92,7
j) Controle da hipertensão	155	96,9	80	93,0	135	95,5
k) Controle da tuberculose	101	63,1	54	62,8	155	63,0
l) Controle da hanseníase	52	32,5	34	39,5	86	34,9
m) Controle da dengue	106	66,3	51	59,3	157	63,8
n) Saúde bucal	71	44,4	39	45,3	109	44,3
o) Outros	11	6,9	2	2,3	13	5,3

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Observação: n= 160 ACS e n = 86 auxiliares/técnicos de enfermagem que informaram que a equipe estabelece prioridade no atendimento da população cadastrada.

Descrição dos outros: saúde mental (4); acamados (3); câncer de mama (2); asma (2); cada caso tem a sua importância e desnutrição.

3. ATIVIDADES ROTINEIRAS REALIZADAS PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Solicitou-se aos profissionais entrevistados que indicassem a frequência das atividades realizadas semanalmente com base em sua experiência dos últimos 30 dias. A maioria dos médicos respondeu que todos os dias faz as seguintes atividades: atendimento à demanda espontânea da população (96%), procedimentos de rotina de sua responsabilidade (87%), consulta clínica individual para a população cadastrada (93%), atendimento de emergência/urgência (58%) e consulta clínica individual para grupos prioritários (50%). Uma vez por semana, mais da metade dos médicos efetuam: reunião de equipe (74%) e visita domiciliar (58%); e 43% fazem, uma vez por mês, reuniões com a coordenação/supervisão.

Atividades de grupo são postas em prática uma vez por mês ou mais vezes pela maior parte dos médicos (82%), concentrando-se em uma vez por semana (36%) e a cada quinze dias

(21%). A maioria dos médicos faz visitas domiciliares (94%); para 58% dos médicos, estas acontecem uma vez por semana e, para 19%, uma vez a cada duas semanas (tabelas C11).

Apenas 25% dos médicos informaram efetuar reuniões com a comunidade, dentre os quais 18% fazem encontros com a comunidade uma vez por mês. Somente 10% dos médicos afirmaram realizar contatos com outros órgãos governamentais ou entidades e o fazem uma vez por mês.

A maior parte dos enfermeiros informou realizar todos os dias: atendimento à demanda espontânea da população (97%), procedimentos de rotina de sua responsabilidade (87%), supervisão do trabalho dos auxiliares de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde (81%) e consulta clínica individual para a população cadastrada (65%); mais da metade dos enfermeiros realiza uma vez por semana: reunião de equipe (69%) e visita domiciliar (60%).

Atividades de grupo são postas em prática pela maior parte dos enfermeiros (84%) uma vez por mês ou mais vezes, concentrando-se em uma vez por semana (39%) e em uma vez por mês (21%). A maioria dos enfermeiros realiza visitas domiciliares (95%), as quais ocorrem, para 60% dos enfermeiros, uma vez por semana, enquanto para 15%, de uma a três vezes por semanas.

Reuniões com a comunidade são feitas por 40% dos enfermeiros, dentre os quais 32% fazem essas reuniões uma vez por mês. Reuniões com a coordenação/supervisão são feitas por 41% dos enfermeiros uma vez por mês.

Apenas 16% dos enfermeiros afirmaram ter contatos com outros órgãos governamentais ou entidades, e a maioria desses contatos é feita uma vez a cada mês.

A maior parte dos ACS informou efetuar todos os dias as seguintes atividades: visita domiciliar (64%), controle de hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase (57%), prevenção da dengue (56%), informação sobre imunização infantil (56%) e trabalho de campo, desenvolvendo atividades dirigidas para as famílias (55%). As atividades informadas como efetuadas, pela maioria, uma vez por semana são: reunião de equipe (73%) e reuniões com a coordenação/supervisão (49%). O acompanhamento a gestantes é realizado por 57% dos ACS uma vez por mês.

As visitas domiciliares são praticadas pela maioria dos ACS (95%), com frequência diária (64%). Todavia, 16% dos ACS informaram realizar visitas domiciliares somente uma vez por mês.

Oitenta e sete por cento dos ACS comunicaram que fazem trabalho de campo mediante o desenvolvimento de atividades dirigidas para a comunidade em geral; dentre estes, 27% afirmaram realizar tais atividades todos os dias, ao passo que 26%, uma vez por mês. Cerca de 57% dos ACS efetuam levantamento das necessidades da população na área de saneamento básico e de meio ambiente; entre eles, 24% o fazem todos os dias e 23%, uma vez por mês. A organização de grupos de usuários é feita por pouco mais da metade dos ACS (59%) entre uma vez por mês e todos os dias, mas cerca de um terço informou que realiza uma vez por mês (32%) ou uma vez por semana (28%) essa atividade.

Destaca-se a baixa frequência de atividades de educação continuada: mais da metade dos ACS não participou de atividades de capacitação continuada nos 30 dias anteriores à pesquisa.

A maioria dos auxiliares/técnicos de enfermagem afirmou desenvolver todos os dias atividades tais como: aplicação de injeção (88%), agendamento de consultas na própria USF (80%), inalação (79%), aplicação de vacinas (75%) e realização de curativos (68%). As reuniões de equipe são realizadas uma vez por semana (72%).

Um total de 85% da categoria informou que realiza visitas e procedimentos de auxiliar de enfermagem nos domicílios uma vez ou mais vezes por mês, concentrando-se em uma vez por semana (34%) e de uma a três vezes por semana (25%). Entre os auxiliares/técnicos de enfermagem, 43% desenvolvem atividades de campo dirigidas à comunidade em geral, porém 12% afirmaram realizar tais atividades uma vez por mês enquanto 10% uma vez a cada quinze dias. Cerca de 66% dos auxiliares/técnicos de enfermagem organizam grupos de usuários; entre eles, 33% afirmaram que reúnem grupos uma vez por semana e 16%, uma vez por mês.

Tabela 15 – C11 Frequência de realização de atividades informada pelos médicos ESF, Belo Horizonte (MG), 2008

Atividades	1 vez por mês		1 vez a cada 2 semana		1 vez por semana		De 1 a 3 vezes por semana		Todos os dias		Não Realiza		Não Respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Atividades de grupo com pacientes em atendimento na USF	12	16,7	15	20,8	26	36,1	6	8,3	0	0,0	13	18,1	0	,0
b) Atendimento à demanda espontânea da população	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	4,2	69	95,8	0	0,0	0	,0
c) Procedimentos de rotina de sua responsabilidade	0	0,0	2	2,8	3	4,2	3	4,2	63	87,5	1	1,4	0	0,0
d) Atividades de capacitação continuada	20	27,8	3	4,2	1	1,4	0	0,0	0	0,0	48	66,7	0	0,0
e) Atividades de administração e gerência	5	6,9	2	2,8	1	1,4	0	0,0	0	0,0	64	88,9	0	0,0
f) Reunião de equipe	9	12,5	7	9,7	53	73,6	2	2,8	0	0,0	1	1,4	0	0,0
g) Reunião com a comunidade	13	18,1	0	0,0	4	5,6	0	0,0	1	1,4	53	73,6	1	1,4
h) Consulta clínica individual/ consulta de enfermagem para a população cadastrada	0	0,0	0	0,0	1	1,4	4	5,6	67	93,1	0	,0	0	0,0
i) Consulta clínica individual/ consulta de enfermagem para grupos prioritários	4	5,6	3	4,2	12	16,7	10	13,9	36	50,0	6	8,3	1	1,4
j) Visita domiciliar	9	12,5	14	19,4	42	58,3	3	4,2	0	0,0	4	5,6	0	0,0
l) Atendimento de emergência/urgência	0	0,0	2	2,8	5	6,9	15	20,8	42	58,3	8	11,1	0	0,0
m) Pequenas cirurgias ambulatoriais	0	0,0	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0	71	98,6	0	0,0
n) Partos domiciliares	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	71	98,6	0	0,0
o) Ações de educação em saúde	18	25,0	7	9,7	12	16,7	2	2,8	16	22,2	17	23,6	0	0,0
p) Supervisão do trabalho dos auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde	2	2,8	1	1,4	14	19,4	1	1,4	13	18,1	41	56,9	0	0,0
q) Reunião com a coordenação/ supervisão	31	43,1	4	5,6	9	12,5	1	1,4	0	0,0	27	37,5	0	0,0
s) Outra	-	-	-	-	1	1,4	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Observação: n= 72 médicos.

Descrição de outros: grupo de caminhada e atividades físicas.

Tabela 16 – C11 Frequência de realização de atividades informada pelos enfermeiros, ESF, Belo Horizonte (MG), 2008

Atividades	1 vez por mês		1 vez a cada 2 semana		1 vez por semana		De 1 a 3 vezes por semana		Todos os dias		Não realiza		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Atividades de grupo com pacientes em atendimento na USF	16	21,3	12	16,0	29	38,7	5	6,7	1	1,3	11	14,7	1	1,3
b) Atendimento à demanda espontânea da população	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,3	73	97,3	1	1,3	0	0,0
c) Procedimentos de rotina de sua responsabilidade	0	0,0	0	0,0	4	5,3	5	6,7	65	86,7	1	1,3	0	0,0
d) Atividades de capacitação continuada	21	28,0	7	9,3	9	12,0	1	1,3	2	2,7	34	45,3	1	1,3
e) Atividades de administração e gerência	5	6,7	6	8,0	6	8,0	8	10,7	20	26,7	29	38,7	1	1,3
f) Reunião de equipe	8	10,7	11	14,7	52	69,3	1	1,3	0	0,0	3	4,0	0	0,0
g) Reunião com a comunidade	24	32,0	3	4,0	3	4,0	0	0,0	0	0,0	45	60,0	0	0,0
h) Consulta clínica individual/ consulta de enfermagem para a população cadastrada	2	2,7	0	0,0	4	5,3	18	24,0	49	65,3	1	1,3	1	1,3
i) Consulta clínica individual/ consulta de enfermagem para grupos prioritários	3	4,0	8	10,7	19	25,3	19	25,3	17	22,7	9	12,0	0	0,0
j) Visita domiciliar	6	8,0	9	12,0	45	60,0	11	14,7	0	0,0	4	5,3	0	0,0
l) Atendimento de emergência/urgência	5	6,7	8	10,7	3	4,0	14	18,7	31	41,3	14	18,7	0	0,0
m) Pequenas cirurgias ambulatoriais	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	75	100,0	0	0,0
n) Partos domiciliares	0	0,0	1	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	74	98,7	0	0,0
o) Ações de educação em saúde	11	14,7	5	6,7	8	10,7	7	9,3	33	44,0	11	14,7	0	0,0
p) Supervisão do trabalho dos auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde	3	4,0	1	1,3	7	9,3	2	2,7	61	81,3	1	1,3	0	0,0
q) Reunião com a coordenação/ supervisão	31	41,3	7	9,3	7	9,3	1	1,3	1	1,3	28	37,3	0	0,0
s) Outra	-	-	-	-	2	2,7	-	-	1	1,3	-	-	-	-

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Observação: n=75 enfermeiros.

Descrição de outros: controle farmácia; enfermeira em licença maternidade há 4 meses e organização de campanhas de vacinação, escala e curso à distância.

Tabela 17 – C11 Frequência de realização de atividades informada pelos médicos e enfermeiros, ESF, Belo Horizonte (MG), 2008

Atividades	1 vez por mês		1 vez a cada 2 semana		1 vez por semana		De 1 a 3 vezes por semana		Todos os dias		Não realiza		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Atividades de grupo com pacientes em atendimento na USF	28	19,0	27	18,4	55	37,4	11	7,5	1	0,7	24	16,3	1	0,7
b) Atendimento à demanda espontânea da população	0	0,0	0	,0	0	,0	4	2,7	142	96,6	1	0,7	0	0,0
c) Procedimentos de rotina de sua responsabilidade	0	0,0	2	1,4	7	4,8	8	5,4	128	87,1	2	1,4	0	0,0
d) Atividades de capacitação continuada	41	27,9	10	6,8	10	6,8	1	0,7	2	1,4	82	55,8	1	0,7
e) Atividades de administração e gerência	10	6,8	8	5,4	7	4,8	8	5,4	20	13,6	93	63,3	1	0,7
f) Reunião de equipe	17	11,6	18	12,2	105	71,4	3	2,0	0	0,0	4	2,7	0	0,0
g) Reunião com a comunidade	37	25,2	3	2,0	7	4,8	0	0,0	1	0,7	98	66,7	1	0,7
h) Consulta clínica individual/ consulta de enfermagem para a população cadastrada	2	1,4	0	0,0	5	3,4	22	15,0	116	78,9	1	0,7	1	0,7
i) Consulta clínica individual/ consulta de enfermagem para grupos prioritários	7	4,8	11	7,5	31	21,1	29	19,7	53	36,1	15	10,2	1	0,7
j) Visita domiciliar	15	10,2	23	15,6	87	59,2	14	9,5	0	0,0	8	5,4	0	0,0
l) Atendimento de emergência/urgência	5	3,4	10	6,8	8	5,4	29	19,7	73	49,7	22	15,0	0	0,0
m) Pequenas cirurgias ambulatoriais	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	146	99,3	0	0,0
n) Partos domiciliares	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,7	145	98,6	0	0,0
o) Ações de educação em saúde	29	19,7	12	8,2	20	13,6	9	6,1	49	33,3	28	19,0	0	0,0
p) Supervisão do trabalho dos auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde	5	3,4	2	1,4	21	14,3	3	2,0	74	50,3	42	28,6	0	0,0

Atividades	1 vez por mês		1 vez a cada 2 semana		1 vez por semana		De 1 a 3 vezes por semana		Todos os dias		Não realiza		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
q) Reunião com a coordenação/supervisão	62	42,2	11	7,5	16	10,9	2	1,4	1	0,7	55	37,4	0	0,0
s) Outra	-	-	-	-	3	2,0	-	-	1	0,7	-	-	-	-

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Observação: n=75 72 médicos e n=75 enfermeiros.

Descrição de outros: grupo de caminhada e atividades físicas; controle farmácia; enfermeira em licença maternidade há 4 meses e organização de campanhas de vacinação, escala e curso à distância.

Tabela 18 – C11 Frequência de realização de atividades informada pelos agentes comunitários de saúde, ESF, Belo Horizonte (MG), 2008

Atividades	1 vez por mês		1 vez a cada 2 semana		1 vez por semana		De 1 a 3 vezes por semana		Todos os dias		Não realiza		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Trabalho de campo desenvolvendo atividades dirigidas para as famílias	34	20,0	2	1,2	9	5,3	10	5,9	93	54,7	20	11,8	2	1,2
b) Trabalho de campo desenvolvendo atividades dirigidas para a comunidade em geral	44	25,9	2	1,2	7	4,1	15	8,8	46	27,1	53	31,2	3	1,8
c) Atividades de capacitação continuada	20	11,8	5	2,9	15	8,8	3	1,8	14	8,2	108	63,5	5	2,9
d) Atividades de administração	16	9,4	3	1,8	10	5,9	6	3,5	7	4,1	124	72,9	4	2,4
e) Reunião de equipe	15	8,8	13	7,6	125	73,5	6	3,5	1	0,6	6	3,5	4	2,4
f) Visita domiciliar	27	15,9	9	5,3	17	10,0	3	1,8	109	64,1	3	1,8	2	1,2
g) Atualização do cadastro	33	19,4	11	6,5	13	7,6	30	17,6	74	43,5	6	3,5	3	1,8
h) Identificação das famílias de risco	30	17,6	2	1,2	18	10,6	13	7,6	85	50,0	20	11,8	2	1,2
i) Busca ativa de grupos prioritários	40	23,5	11	6,5	43	25,3	11	6,5	52	30,6	11	6,5	2	1,2
j) Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil	82	48,2	7	4,1	9	5,3	9	5,3	48	28,2	14	8,2	1	0,6
k) Acompanhamento a gestantes	97	57,1	6	3,5	17	10,0	11	6,5	31	18,2	7	4,1	1	0,6
l) Prevenção de DST e AIDS	52	30,6	3	1,8	7	4,1	3	1,8	34	20,0	68	40,0	3	1,8
m) Prevenção da dengue	39	22,9	2	1,2	6	3,5	4	2,4	95	55,9	23	13,5	1	,6
n) Informa sobre imunização infantil	49	28,8	2	1,2	6	3,5	7	4,1	95	55,9	8	4,7	3	1,8

Atividades	1 vez por mês		1 vez a cada 2 semana		1 vez por semana		De 1 a 3 vezes por semana		Todos os dias		Não realiza		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
o) Informa sobre reidratação oral (soro caseiro)	32	18,8	8	4,7	8	4,7	11	6,5	59	34,7	50	29,4	2	1,2
p) Aleitamento materno	54	31,8	9	5,3	17	10,0	4	2,4	72	42,4	13	7,6	1	0,6
q) Informa sobre planejamento familiar	64	37,6	10	5,9	8	4,7	7	4,1	71	41,8	8	4,7	2	1,2
r) Informa sobre alimentação saudável	51	30,0	6	3,5	7	4,1	7	4,1	77	45,3	21	12,4	1	0,6
s) Prevenção do câncer de colo de útero	50	29,4	2	1,2	7	4,1	5	2,9	78	45,9	26	15,3	2	1,2
t) Controle de hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase	47	27,6	2	1,2	14	8,2	4	2,4	97	57,1	5	2,9	1	0,6
u) Cuidado de idosos	41	24,1	9	5,3	16	9,4	14	8,2	66	38,8	22	12,9	2	1,2
v) Acompanhamento das consultas médicas e de enfermagem domiciliares	48	28,2	25	14,7	53	31,2	10	5,9	16	9,4	16	9,4	2	1,2
w) Levantamento das necessidades da população na área de saneamento e meio ambiente	39	22,9	4	2,4	8	4,7	5	2,9	41	24,1	71	41,8	2	1,2
y) Desenvolvimento de ações de educação e vigilância à saúde	52	30,6	2	1,2	10	5,9	3	1,8	60	35,3	42	24,7	1	0,6
x) Agendamentos e encaminhamentos necessários	11	6,5	6	3,5	29	17,1	13	7,6	75	44,1	35	20,6	1	0,6
z) Levantamento dos problemas de saúde da população adscrita	37	21,8	6	3,5	34	20,0	7	4,1	73	42,9	12	7,1	1	0,6
aa) Organização de grupos de usuários	55	32,4	14	8,2	48	28,2	5	2,9	11	6,5	35	20,6	2	1,2

Atividades	1 vez por mês		1 vez a cada 2 semana		1 vez por semana		De 1 a 3 vezes por semana		Todos os dias		Não realiza		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ab) Preenchimento dos formulários de informações para o SIAB	49	28,8	-	-	2	1,2	1	0,6	48	28,2	68	40,0	2	1,2
ac) Reuniões com a coordenação/supervisão	55	32,4	11	6,5	84	49,4	3	1,8	3	1,8	13	7,6	1	0,6
ad) Busca dos faltosos a consultas agendadas na unidade	28	16,5	6	3,5	35	20,6	15	8,8	53	31,2	31	18,2	2	1,2
ae) Outros	2	1,2	1	0,6	1	0,6	-	-	3	1,8	-	-	-	-

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Observação: 170 ACS.

Descrição de outros: entrega de consultas especializadas (4); atividades realizadas conforme a necessidade e reunião para usuários de drogas.

Tabela 19 – C11 Frequência de realização de atividades informada pelos auxiliares/ técnicos de enfermagem, ESF, Belo Horizonte (MG), 2008

Atividades	1 vez por mês		1 vez a cada 2 semanas		1 vez por semana		De 1 a 3 vezes por semana		Todos os dias		Não realiza		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a. Trabalho de campo desenvolvendo atividades dirigidas para as famílias	9	10,1	12	13,5	20	22,5	8	9,0	8	9,0	31	34,8	1	1,1
b. Trabalho de campo desenvolvendo atividades dirigidas para a comunidade em geral	11	12,4	9	10,1	6	6,7	6	6,7	6	6,7	50	56,2	1	1,1
c. Atividades de capacitação continuada	17	19,1	4	4,5	4	4,5	2	2,2	3	3,4	57	64,0	2	2,2
d. Atividades de administração e gerência	5	5,6	1	1,1	7	7,9	-	-	4	4,5	60	67,4	12	13,5
e. Reunião de equipe	6	6,7	9	10,1	64	71,9	3	3,4	1	1,1	6	6,7	-	-
f. Ações de educação e vigilância à saúde	8	9,0	8	9,0	11	12,4	3	3,4	29	32,6	27	30,3	3	3,4
g. Agendamento de consultas na própria USF	2	2,2	-	-	6	6,7	6	6,7	71	79,8	3	3,4	1	1,1
h. Agendamento de consultas especializadas	1	1,1	-	-	1	1,1	1	1,1	43	48,3	42	47,2	1	1,1
i. Realização de consulta	-	-	1	1,1	2	2,2	1	1,1	44	49,4	40	44,9	1	1,1
j. Aplicação de vacinas	1	1,1	-	-	3	3,4	6	6,7	67	75,3	11	12,4	1	1,1
k. Realização de curativos	2	2,2	1	1,1	9	10,1	7	7,9	61	68,5	8	9,0	1	1,1
l. Aplicação de injeção	2	2,2	-	-	1	1,1	4	4,5	78	87,6	3	3,4	1	1,1
m. Inalação	4	4,5	-	-	2	2,2	7	7,9	70	78,7	5	5,6	1	1,1
n. Pesagem de crianças	18	20,2	6	6,7	10	11,2	9	10,1	23	25,8	22	24,7	1	1,1
o. Fornecimento de leite e óleo para desnutridos	20	22,5	3	3,4	5	5,6	4	4,5	11	12,4	44	49,4	2	2,2
p. Acompanhar as consultas médicas ou de	5	5,6	4	4,5	16	18,0	7	7,9	29	32,6	27	30,3	1	1,1

Atividades	1 vez por mês		1 vez a cada 2 semanas		1 vez por semana		De 1 a 3 vezes por semana		Todos os dias		Não realiza		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
enfermagem quando necessário														
q. Atendimento específico em casos de acidentes de trabalho	2	2,2	3	3,4	2	2,2	2	2,2	6	6,7	73	82,0	1	1,1
r. Notificar acidentes de trabalho	4	4,5	1	1,1	1	1,1	2	2,2	3	3,4	77	86,5	1	1,1
s. Notificar doenças de vigilância epidemiológica	4	4,5	2	2,2	8	9,0	3	3,4	22	24,7	48	53,9	2	2,2
t. Realizar visitas e procedimentos de auxiliar de enfermagem os domicílios	5	5,6	7	7,9	30	33,7	22	24,7	12	13,5	12	13,5	1	1,1
u. Visitar doentes em casos de urgências	8	9,0	5	5,6	13	14,6	7	7,9	17	19,1	34	38,2	5	5,6
v. Levantamento das necessidades da população na área de saneamento e meio ambiente	5	5,6	1	1,1	4	4,5	-	-	7	7,9	71	79,8	1	1,1
x. Organização de grupos de usuários	14	15,7	5	5,6	29	32,6	3	3,4	8	9,0	29	32,6	1	1,1
y. Preencher formulários de informações para o SIAB	5	5,6	2	2,2	2	2,2	1	1,1	15	16,9	61	68,5	3	3,4
aa. Reuniões com a coordenação /supervisão	27	30,3	6	6,7	28	31,5	2	2,2	-	-	24	27,0	2	2,2
ac. Outros.	-	-	-	-	2	2,2	1	1,1	-	-	86	96,6	-	-

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Observação: 89 auxiliares/técnicos de enfermagem

Descrição de outros: coleta laboratorial, liberação de resultado de exames, eletrocardiograma e grupos/palestras sobre hipertensão, diabetes ou para idosos quando necessário.

Visita Domiciliar

Como mencionado, visitas domiciliares são as atividades mais realizadas pelos ACS, que, em sua maior parte, as executam diariamente (64%) (Tabela C11). A maioria dos agentes comunitários de saúde (76%) visita cada família com frequência mínima mensal. Entre estes, 48% dos ACS do município de Belo Horizonte visitam as famílias uma vez por mês, ao passo que 29%, mais de uma vez por mês (Tabela C13).

Tabela 20 – C13 Frequência de visitas domiciliares a cada família informada pelos agentes comunitários de saúde, Belo Horizonte (MG), 2008

Periodicidade	n	%
Mais de uma vez por mês	49	28,8
Uma vez por mês	81	47,6
A cada 45 dias	13	7,6
A cada dois meses	7	4,1
Outra	19	11,2
Não respondeu	1	,6
Total	170	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Descrição dos outros: de acordo com a necessidade da família (6); algumas famílias mais de uma vez por mês quando necessário (9), outras a cada 45 dias; às vezes até quatro vezes por semana; em caso de doença grave, mais de 1 vez por semana.

Entre os auxiliares/ técnicos de enfermagem, 91% informaram que fazem a visita domiciliar em conjunto com os outros profissionais.

Tabela 21 – C12 Realização de visita domiciliar em conjunto com os outros profissionais informada pelos auxiliares/ técnicos de enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008

Realização de visita domiciliar	n	%
Sim	81	91,0
Não	2	2,2
Não realiza visita	6	6,7
Total	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Solicitou-se aos 81 auxiliares/ técnicos de enfermagem que afirmaram realizar visitas domiciliares em conjunto com outros profissionais da equipe que informassem quais profissionais acompanhavam. Entre as respostas, a mais frequente foi o acompanhamento do ACS, com 85%.

Tabela 22 – C13 Profissionais que acompanham nas visitas domiciliares informado pelos auxiliares/ técnicos de enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008

Profissionais	n	%
Médico	45	55,6
Enfermeiro	49	60,5
ACS	69	85,2

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Observação: n = 81 auxiliares/técnicos de enfermagem que realizam visita domiciliar em conjunto com outros profissionais da equipe.

4. RELAÇÃO EQUIPE/POPULAÇÃO

A maioria dos médicos e enfermeiros entrevistados afirmou que a implantação do PSF mudou a relação entre os serviços e a população (85% dos médicos e 83% dos enfermeiros). Apenas um enfermeiro respondeu que não houve mudanças entre os serviços e a população após a implantação da Estratégia Saúde da Família.

Tabela 23 – D18 A implantação do PSF mudou a relação entre os serviços e a população, informado pelos médicos e enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008

Mudança de relação	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	61	84,7	62	82,7	123	83,7
Não	0	,0	1	1,3	1	,7
Em parte	11	15,3	12	16,0	23	15,6
Total	72	100,0	75	100,0	147	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Perguntados se a população valoriza a Saúde da Família e os novos procedimentos introduzidos pela Estratégia, os médicos da ESF informaram que a população valoriza ou valoriza muito as visitas domiciliares de médicos e enfermeiros (96%) e as ações desenvolvidas através das visitas domiciliares de ACS (69%). Valoriza pouco ou não valoriza as reuniões para discutir programação das ações coletivas (62%) e as reuniões para discutir diagnóstico de saúde da comunidade (57%). O atendimento pela equipe multiprofissional (51%) e a realização de atividades para acompanhamento de grupos prioritários (56%) são considerados pelos médicos como valorizados pela população, contudo, com menor intensidade.

Tabela 24 – D19 Valorização pela população dos procedimentos introduzidos pelo PSF informada por médicos, ESF, Belo Horizonte (MG), 2008

Atividade	Valoriza muito		Valoriza		Valoriza pouco		Não valoriza		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Atendimento por uma equipe multiprofissional	9	12,5	37	51,4	21	29,2	4	5,6	1	1,4
b) Realização de atividades para acompanhamento de grupos prioritários	7	9,7	40	55,6	23	31,9	1	1,4	1	1,4
c) Ações desenvolvidas através de visitas domiciliares de ACS	19	26,4	31	43,1	19	26,4	3	4,2	0	0,0
d) Visitas domiciliares de médicos e enfermeiros	41	56,9	28	38,9	2	2,8	1	1,4	0	0,0
e) Reuniões para discutir diagnóstico de saúde da comunidade	3	4,2	14	19,4	30	41,7	11	15,3	14	19,4
f) Reuniões para discutir programação das ações coletivas	2	2,8	12	16,7	33	45,8	12	16,7	13	18,1

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Observação: n= 72 médicos.

Na opinião dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, a população valoriza ou valoriza muito as visitas domiciliares de médicos e enfermeiros (96%); as visitas domiciliares de ACS (69%); a realização de atividades para acompanhamento de grupos prioritários (65%); e o atendimento pela equipe multiprofissional (64%). Valoriza pouco ou não valoriza as reuniões para discutir programação das ações coletivas (63%) e as reuniões para discutir diagnóstico de saúde da comunidade (57%).

Tabela 25 – D19 Valorização pela população dos procedimentos introduzidos pelo PSF informada por enfermeiros, ESF, Belo Horizonte (MG), 2008

Atividade	Valoriza muito		Valoriza		Valoriza pouco		Não valoriza		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Atendimento por uma equipe multiprofissional	7	9,3	32	42,7	30	40,0	6	8,0	0	0,0
b) Realização de atividades para acompanhamento de grupos prioritários	5	6,7	34	45,3	30	40,0	6	8,0	0	0,0
c) Ações desenvolvidas através de visitas domiciliares de ACS	8	10,7	43	57,3	21	28,0	3	4,0	0	0,0
d) Visitas domiciliares de médicos e enfermeiros	31	41,3	39	52,0	5	6,7	0	0,0	0	0,0
e) Reuniões para discutir diagnóstico de saúde da comunidade	3	4,0	15	20,0	31	41,3	19	25,3	7	9,3
f) Reuniões para discutir programação das ações coletivas	1	1,3	18	24,0	30	40,0	20	26,7	6	8,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Observação: n=75 enfermeiros.

Tabela 26 – D19 Valorização pela população dos procedimentos introduzidos pelo PSF informada pelos médicos e enfermeiros, ESF, Belo Horizonte (MG), 2008 - Total

Atividade	Valoriza muito		Valoriza		Valoriza pouco		Não valoriza		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Atendimento por uma equipe multiprofissional	16	10,9	69	46,9	51	34,7	10	6,8	1	,7
b) Realização de atividades para acompanhamento de grupos prioritários	12	8,2	74	50,3	53	36,1	7	4,8	1	,7
c) Ações desenvolvidas através de visitas domiciliares de ACS	27	18,4	74	50,3	40	27,2	6	4,1	0	,0
d) Visitas domiciliares de médicos e enfermeiros	72	49,0	67	45,6	7	4,8	1	,7	0	,0
e) Reuniões para discutir diagnóstico de saúde da comunidade	6	4,1	29	19,7	61	41,5	30	20,4	21	14,3
f) Reuniões para discutir programação das ações coletivas	3	2,0	30	20,4	63	42,9	32	21,8	19	12,9

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Observação: n= 72 médicos e n=75 enfermeiros.

Perguntados sobre a relação da ESF com a população que atende, a maioria dos médicos (71%) e dos enfermeiros (68%) entende que a equipe estabelece vínculos com a população com base no reconhecimento das famílias, de seus membros individuais e de suas necessidades específicas. Para 28% dos médicos e 41% dos enfermeiros, a relação da ESF com a população que atende, promove a melhoria da qualidade de vida do cidadão a partir de um conjunto de orientações sobre promoção da saúde e cuidados com a doença. Apenas um quarto dos médicos e enfermeiros assinalou a opção: a relação com a população é cordial e cooperativa. A pergunta permitia múltiplas respostas.

Tabela 27 – D20 Relação da ESF com a população que atende, segundo médicos e enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008

Relação com a população	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
É cordial e cooperativa na resolução dos problemas	20	27,8	17	22,7	37	25,2
É formal em função das necessidades do serviço de saúde	5	6,9	7	9,3	12	8,2
Estabelece vínculos, com base no reconhecimento das famílias, de seus membros individuais e de suas necessidades específicas	51	70,8	51	68,0	102	69,4
Promove a melhoria da qualidade de vida do cidadão, a partir de um conjunto de orientações sobre promoção da saúde e cuidados com a doença	20	27,8	31	41,3	51	34,7

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Observação: n= 72 médicos e n=75 enfermeiros.

A maioria dos ACS (62%) e dos auxiliares e técnicos de enfermagem (48%) afirmou ter o costume de sempre procurar a família do usuário para discutir o problema de saúde dele; 29% dos ACS e 22% dos auxiliares e técnicos de enfermagem afirmaram que raramente procuram a família do usuário e 28% deles não procuram a família do usuário.

Tabela 28 – D4 ACS procura a família do usuário para discutir seu problema de saúde, Belo Horizonte (MG), 2008

Procura da família	ACS		Aux/téc enfermagem	
	n	%	n	%
Sim, sempre	105	61,8	43	48,3
Sim, raramente	50	29,4	20	22,5
Não	14	8,2	25	28,1
Não respondeu	1	0,6	1	1,1
Total	170	100,0	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

De acordo com os ACS, a condição de morador da comunidade em que atua interfere principalmente no acesso dos moradores para apresentarem queixas e discutir soluções para problemas (67%), na observação de focos de riscos no ambiente familiar e social (63%) e na relação com as famílias da comunidade (62%) (tabela D6).

Tabela 29 – D6 Interferência da condição de morador da comunidade nas atividades dos agentes comunitários de saúde, Belo Horizonte (MG), 2008

Interferência	Muito		Pouco		Não interfere		Não sabe		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Na relação com as famílias da comunidade	69	40,6	36	21,2	65	38,2	-	-	-	-	170	100,0
b) No acesso dos moradores aos ACS para apresentarem queixas e discutir soluções	77	45,3	37	21,8	55	32,4	-	-	1	0,6	170	100,0
c) Na aceitação de sua presença em seus domicílios	61	35,9	25	14,7	83	48,8	-	-	1	0,6	170	100,0
d) Na observação de focos de riscos no ambiente familiar e social	67	39,4	40	23,5	62	36,5	1	0,6			170	100,0
e) Na mobilização da população em torno dos problemas ambientais e de saúde	54	31,8	38	22,4	74	43,5	2	1,2	2	1,2	170	100,0
f) Na participação da população nos Conselhos Locais de Saúde	35	20,6	44	25,9	83	48,8	7	4,1	1	0,6	170	100,0
g) No acompanhamento do usuário na marcação ou encaminhamento para consultas e exames em outros serviços de saúde	39	22,9	46	27,1	81	47,6	2	1,2	2	1,2	170	100,0
h) No acompanhamento do usuário na internação hospitalar	8	4,7	38	22,4	120	70,6	3	1,8	1	0,6	170	100,0
i) No retorno para os cuidados da ESF dos pacientes encaminhados para serviços especializados (contrarreferência)	54	31,8	28	16,5	82	48,2	5	2,9	1	0,6	170	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

VIII. CONHECIMENTO E USO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Como indicadores do conhecimento e do uso da Estratégia Saúde da Família pelas famílias foram investigados: o conhecimento espontâneo e o estimulado sobre o Programa Saúde da Família (PSF), o conhecimento da localização da Unidade Saúde da Família (USF), a forma e a facilidade de acesso a essa unidade, a experiência de atendimento das famílias e do entrevistado (alguma vez e nos últimos 30 dias), o profissional que prestou o atendimento, local de atendimento, os motivos do atendimento, visita domiciliar por médico ou enfermeiro e o conhecimento do Agente Comunitário de Saúde (ACS) de sua área.

1. CONHECIMENTO DO PSF

Solicitou-se a 900 entrevistados – informantes das famílias cadastradas – que dissessem se já tinham ouvido falar ou se conheciam o Programa Saúde da Família: 60% informaram espontaneamente ter conhecimento sobre o PSF no seu município (C1).

Aos 360 entrevistados que disseram não conhecer a Estratégia Saúde da Família, a resposta foi estimulada pela leitura do seguinte texto: “*O Programa Saúde da Família trabalha com uma equipe composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, os quais fazem visita domiciliar e atendem no Posto/ Centro de Saúde ou Unidade de Saúde da Família*”. Destes, 220 (61%) reconheceram a Estratégia após a leitura do texto com resumo (C2).

Assim, em Belo Horizonte, das 900 famílias entrevistadas, 760 conheciam ou já tinham ouvido falar no PSF, o que corresponde a 84% das famílias.

Tabela 1 – C1 Conhecimento espontâneo do Programa de Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Conhecimento do PSF	n	%
Sim	540	60,0
Não	360	40,0
Total	900	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Tabela 2 – C2 Informantes que reconheceram o PSF após leitura de texto, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Conhecimento do PSF	n	%
Sim	220	61,1
Não	140	38,9
Total	360	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Observação: n= 360 que informaram espontaneamente não conhecer o PSF

Perguntou-se aos 540 entrevistados, que responderam espontaneamente, na primeira pergunta, conhecer a Estratégia Saúde da Família, de que forma tomaram conhecimento desta: 43% informaram ter conhecido o PSF por meio da televisão; 23%, através da visita do Agente Comunitário de Saúde; 19%, na Unidade de Saúde; e 11%, através de amigos ou da vizinhança.

Tabela 3 – C3 Forma como tomaram conhecimento do Programa de Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Forma como conheceram	n	%
TV	230	42,6
Visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS)	126	23,3
Na Unidade de Saúde	103	19,1
Amigos ou vizinhança	59	10,9
Rádios	25	4,6
Jornais	19	3,5
Visita da Equipe de Saúde da Família, que não o ACS	17	3,1
Passando pelo local da USF	13	2,4
Cartazes e folhetos	9	1,7
Reunião na comunidade	4	,7
Outros	22	5,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Observação: n = 540 famílias que disseram ter conhecimento sobre o Programa Saúde da Família.

Descrição de outros: Trabalha com ou conhece profissionais de saúde (11), outros serviços de saúde (3), cursos (4).

Dos 760 entrevistados que comentaram, espontaneamente ou estimulados, conhecer a Estratégia Saúde da Família, 69% informaram conhecer o local de funcionamento do Saúde da Família.

Tabela 4 – C4 Conhecimento do local de funcionamento do Programa de Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Conhece local de funcionamento	n	%
Sim	527	69,3
Não	233	30,7
Total	760	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Observação: n= 760 entrevistados que informaram, espontaneamente ou estimulados, conhecer o PSF.

Dos 527 entrevistados que conhecem o atual local de funcionamento da Estratégia Saúde da Família, 92% informaram ter facilidade de acesso a ele.

Tabela 5 – C5 Facilidade de acesso ao atual local de funcionamento do Programa de Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Facilidade de acesso	n	%
Sim	485	92,0
Não, por dificuldades de ordem física e condições de saúde do entrevistado ou familiar	14	2,7
Não, devido à localização do Posto/Unidade de Saúde da Família	26	4,9
Não respondeu	2	,4
Total	527	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Observação: n= 527 que conhecem o local de funcionamento do PSF.

Aos 527 entrevistados que conhecem o local de funcionamento, pediu-se que esclarecessem qual o meio de transporte utilizado para ir da residência até a Unidade de Saúde da Família: a maioria (86%) disse ir a pé; 11% comunicaram ser preciso tomar o ônibus para chegar à USF.

Tabela 6 – C6 Meio de transporte utilizado para chegar no local funcionamento do Programa de Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Meio de transporte	n	%
1 - A pé	451	85,9
2 – Ônibus	57	10,8
3 – Carro	29	5,5
4 – Trem	-	-
5 – Bicicleta	3	,6
6 – Van	-	-
7 – Outros	13	2,5

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Observação: n = 553 famílias que informaram conhecer o local de funcionamento do PSF.

Observação: Admite mais de uma resposta.

Descrição de outros: não utilizou o posto (9), táxi (3), moto (1).

O cadastramento do seu domicílio na Unidade de Saúde da Família era do conhecimento de 87% dos 760 entrevistados que informaram, espontaneamente ou estimulados, conhecer a Estratégia Saúde da Família.

Tabela 7 – C7 Domicílio cadastrado na Unidade de Saúde da Família, segundo conhecimento do entrevistado, Belo Horizonte (MG), 2008

Conhecimento cadastro	n	%
Sim	660	86,8
Não	12	1,6
Não sabe	88	11,6
Total	760	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Observação: n= 760 entrevistados que informaram, espontaneamente ou estimulados, conhecer o PSF.

2. USO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dentre 760 entrevistados que informaram conhecer o PSF, 94% comentaram que integrantes de sua família tinham tido alguma experiência de atendimento pela Estratégia Saúde da Família na unidade ou no domicílio por meio de visita de profissional da saúde da família, incluindo o ACS.

Tabela 8 – E7 Experiência das famílias de atendimento pela Equipe de Saúde da Família na USF ou domicílio, Belo Horizonte (MG), 2008

Atendimento	n	%
Sim	711	93,6
Não	49	6,4
Total	760	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Observação: n = 760 entrevistados que informaram, espontaneamente ou estimulados, conhecer o PSF.

Solicitou-se às 711 famílias com experiência de atendimento pela ESF que dissessem quais profissionais da equipe atenderam ou visitaram a família: 75% haviam sido atendidas ou visitadas pelo ACS; 54%, pelo médico; e 37%, pelo enfermeiro. Algumas famílias especificaram outros atendimentos feitos no centro de saúde com ginecologista, psicólogo e pediatra.

Tabela 9 – E8 Profissionais da Equipe de Saúde da Família que realizaram atendimentos às famílias, Belo Horizonte (MG), 2008

Profissional da ESF	n	%
Médico	382	53,7
Enfermeiro	262	36,8
ACS	531	74,7
Auxiliar de enfermagem	65	9,1
Dentista	48	6,8
Outro	14	2,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Observação: n = 711 famílias com integrante que teve experiência de atendimento pela Estratégia Saúde da Família.

Descrição de outro: ginecologista (5), psicólogo (4), pediatra (3), fisioterapeuta (2), assistente social (1), zoonose (1), não sabe (1).

Quanto à visita domiciliar do médico ou enfermeiro da Equipe de Saúde da Família nos últimos 30 dias, 94% das famílias esclareceram não ter recebido visita domiciliar desses profissionais.

Tabela 10 – E9 Visita domiciliar do médico ou enfermeiro da Equipe de Saúde da Família nos últimos 30 dias, Belo Horizonte (MG), 2008

Visita domiciliar	n	%
Sim	41	5,8
Não	670	94,2
Total	711	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Observação: n = 711 famílias com integrante que teve experiência de atendimento pela Estratégia Saúde da Família.

Entre os 41 entrevistados (6%) que comentaram ter recebido visita domiciliar nos últimos 30 dias por profissionais de nível superior, 70% notificaram visitas por médico e 54% informaram ter recebido visita do enfermeiro.

Tabela 11 – E10 Profissional da equipe de Saúde da Família que realizou visita domiciliar nos últimos 30 dias, Belo Horizonte (MG), 2008

Profissional da ESF	n	%
Médico	29	70,7
Enfermeiro	22	53,7

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Observação: n= 41 famílias que receberam visita do médico ou do enfermeiro nos últimos 30 dias.

3. ATENDIMENTO DO PRÓPRIO ENTREVISTADO PELA ESF NOS ÚLTIMOS 30 DIAS

Perguntou-se aos 711 entrevistados que relataram experiência de algum atendimento pela ESF, se o próprio entrevistado fora atendido nos últimos 30 dias: 38% deles haviam recebido atendimento neste período por algum profissional da equipe de Saúde da Família.

Tabela 12 – E11 Entrevistados que receberam atendimento nos últimos 30 dias por profissional da Equipe de Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Atendimento pela ESF	n	%
Sim	267	37,6
Não	444	62,4
Total	711	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Observação: n = 711 famílias com integrante que teve experiência de atendimento pela Estratégia Saúde da Família.

Perguntou-se qual profissional da ESF atendeu os entrevistados nos últimos 30 dias: 51% relataram atendimento pelo médico; 43%, pelo ACS; e 21%, pelo enfermeiro.

Tabela 13 – E12 Profissional da equipe de Saúde da Família que atendeu o entrevistado nos últimos 30 dias, Belo Horizonte (MG), 2008

Profissional que atendeu	n	%
Médico	136	50,9
Enfermeiro	56	21,0
ACS	115	43,1
Auxiliar de enfermagem	19	7,1
Dentista	7	2,6
Outro	8	3,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Observação: n = 267 entrevistados que receberam atendimento por profissional da ESF nos últimos 30 dias.

O local do atendimento por profissional da equipe de Saúde da Família nos últimos 30 dias foi na unidade de saúde (58%), na própria casa durante as visitas domiciliares (31%) e tanto na casa quanto na unidade de saúde (10%).

Tabela 14 – E13 Local de atendimento do entrevistado por profissional da Equipe de Saúde da Família nos últimos 30 dias, Belo Horizonte (MG), 2008

Local do atendimento	n	%
Na casa do entrevistado durante as visitas domiciliares	82	30,7
Na unidade de saúde	154	57,7
Na casa e na unidade de saúde	27	10,1
Outro	3	1,1
Não respondeu	1	,4
Total	267	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Observação: n = 267 entrevistados que receberam atendimento por profissional da ESF.

Descrição de outro: igreja, posto.

Os principais motivos do atendimento ao entrevistado pelo profissional da ESF nos últimos 30 dias foram: a visita domiciliar de rotina da equipe (29%), por doença ou porque se sentiu mal (28%), por continuidade do tratamento de doença crônica (hipertensão/diabéticos) (18%) e para realizar preventivo ginecológico (9%). Entre outros atendimentos, 4% apontavam consultas de rotina e 3%, para pegar remédio ou renovar receita.

Tabela 15 – E14 Motivo de atendimento do entrevistado por profissional da equipe de Saúde da Família nos últimos 30 dias, Belo Horizonte (MG), 2008

Motivo	n	%
Visita domiciliar de rotina da equipe	78	29,2
Doença ou sentiu-se mal	74	27,7
Continuidade ao tratamento de doença crônica (hipertensão /diabetes)	49	18,4
Realizar preventivo ginecológico	25	9,4
Vacinação	7	2,6
Atendimento odontológico	6	2,2
Pré-natal	4	1,5
Participar de grupos de educação em saúde	1	,4
Outro	45	16,8

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Observação: n = 267 entrevistados que receberam atendimento por profissional da ESF.

Observação: Admite mais de uma resposta.

Tabela 16 – E14i Outros motivos de atendimento do entrevistado por profissional da Equipe de Saúde da Família nos últimos 30 dias, Belo Horizonte (MG), 2008

Outros motivos atendimento	n	%
Consulta de rotina	11	4,1
Pegar medicamentos/renovação de receita	8	3,0
Coleta exames/retorno	7	2,6
Puericultura/pediatra/acompanhamento	6	2,2
ACS entregou guia de consulta	3	1,1
Cadastramento/renovação	3	1,1
Oftalmologista	2	0,7
Curativo	1	0,3
Encaminhamento para cirurgia	1	0,3
Menopausa	1	0,3
Para analisar a unha encravada	1	0,3
Para realizar pontos	1	0,3
Total outros motivos	45	16,8

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Observação: n = 267 entrevistados que receberam atendimento por profissional da ESF.

4. CONHECIMENTO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

O Agente Comunitário de Saúde de sua área de moradia era conhecido por 91% das famílias (das 711 famílias com experiência de atendimento pela Estratégia Saúde da Família). Considerando-se o conjunto das 900 famílias, 72% conheciam o ACS.

Tabela 17 – G1 Conhecimento do Agente Comunitário de Saúde da área de moradia, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Conhece o ACS	n	%
Sim	645	90,7
Não	66	9,3
Total	711	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Observação: n = 711 famílias com experiência de atendimento pela Estratégia Saúde da Família.

Dos 647 entrevistados que conheciam o Agente Comunitário de Saúde da área de moradia, 98% informaram que já foram atendidos ou receberam visita do ACS.

Tabela 18 – G2 Atendimento ou visita do Agente Comunitário de Saúde da área de moradia, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Atendimento	n	%
Sim	631	97,8
Não	14	2,2
Total	645	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Observação: n = 645 entrevistados que conhecem o Agente Comunitário de Saúde da área de moradia.

IX. POSIÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA REDE ASSISTENCIAL

A existência de uma porta de entrada preferencial com garantia de cuidado a cada nova necessidade de atenção à saúde facilita a constituição de vínculos e a continuidade da atenção (Conill & Fausto, 2007).

O atendimento das diversas demandas da população – programadas ou espontâneas – para ações de prevenção, de tratamento e de acompanhamento facilita a constituição da Unidade Saúde da Família (USF) como serviço de procura regular.

Estudos apontam que os municípios brasileiros ainda enfrentam numerosos problemas, os quais comprometem a condição da Atenção Primária em Saúde (APS) como porta de entrada preferencial do sistema, bem como sua capacidade de oferecer atenção integral e coordenada nos diferentes níveis do sistema de serviços de saúde. Os mecanismos de referência e de contrarreferência entre os níveis de atenção são frágeis, o que dificulta o acesso aos serviços especializados e, conseqüentemente, compromete a resolutividade que se espera desses serviços (Conill, 2002; Elias et al., 2006; Fachini, et al., 2006; Ibañes et al., 2006).

Potencializar a APS como porta de entrada do sistema de saúde e aumentar a sua resolutividade são pontos cruciais de enfrentamento dos gestores municipais, no sentido de construir e consolidar uma rede integrada de serviços de saúde.

Este capítulo se destina a discutir a posição da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial, com a constituição da equipe de saúde da família (ESF) na unidade de saúde da família como porta de entrada ao sistema de saúde, as estratégias de atendimento à demanda espontânea e a identificação, por usuários, dessa unidade como serviço de procura regular.

1. PORTA DE ENTRADA PREFERENCIAL AO SISTEMA DE SAÚDE SEGUNDO GESTORES

No município de Belo Horizonte, a atenção básica está estruturada a partir de uma rede de centros de saúde que se configuram como porta de entrada preferencial do sistema de saúde municipal, concebendo-se a Estratégia Saúde da Família como o ponto de primeiro contato dos usuários na unidade de saúde.

O desenho organizativo da atenção básica que se adotou em Belo Horizonte manteve os centros de saúde tradicionais, nos quais as equipes de saúde da família foram integradas. Em áreas de maior vulnerabilidade social, novas unidades de saúde foram construídas para a atuação dessas equipes. A Estratégia Saúde da Família foi assumida com a perspectiva de mudança do modelo assistencial na rede básica de saúde.

Um conjunto de ações assistenciais e gerenciais tem sido desenvolvido no município no sentido da ampliação do acesso e da integração da oferta de serviços nos diferentes níveis de atenção. A preocupação central do secretário municipal de saúde é construir um sistema de serviços de saúde em que a atenção básica tenha a função de porta de entrada preferencial de uma rede integrada de atenção à saúde.

O modelo assistencial da atenção básica em Belo Horizonte articula atendimentos à demanda espontânea e à programada. O acolhimento, um dos legados de políticas antecessoras no município, organiza a porta de entrada da unidade básica de saúde (UBS), primando por um atendimento ampliado que inclui pronto-atendimento e garantia de referência especializada. Cada UBS tem uma forma de organizar o atendimento à demanda espontânea, assumindo o compromisso de assegurar horário para atendimento da demanda espontânea todos os dias.

Outro fator que facilita o acesso e a constituição da UBS como serviço de procura regular é a resolutividade e a disponibilidade de variados serviços. Para aumentar a resolutividade da Atenção Básica e fortalecer seu papel na rede de atenção, a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) ampliou o acesso a apoio diagnóstico (rede laboratorial) e terapêutico (assistência farmacêutica ampliada), com referências reguladas para a atenção especializada.

A gerente de Apoio Diagnóstico afirma que cerca de 90% dos exames de patologia clínica são realizados pela rede própria municipal, coletando-se material para exames laboratoriais em todas as UBS. A SMSA monitora a entrega de resultados dos exames e define prazo máximo para retorno de cinco dias entre a coleta e a impressão do resultado pela UBS. Todavia, há dificuldades para o estabelecimento dos fluxos e das informações, por se tratar de grande número de unidades.

Encaminhamentos aos especialistas e a exames especializados são conduzidos com a utilização do Sistema de Informação de Regulação, a ferramenta SISREG, o que será analisado no capítulo X.

Embora haja o esforço da SMSA em dar maior resolutividade à Atenção Básica, os gestores da saúde reconhecem problemas no acesso aos serviços de média complexidade. A oferta de atenção especializada apresenta insuficiências, com tempos de espera longos para algumas especialidades.

A SMSA tem assumido a tarefa de organizar os fluxos, qualificando a regulação do sistema de forma que a urgência, o apoio diagnóstico e os leitos hospitalares possam receber a demanda da atenção básica, potencializando, assim, a sua função de porta de entrada.

Com exceção dos serviços de urgência, que também são reconhecidos como outra porta de entrada ao sistema, todos os demais serviços do sistema de saúde municipal são acessados a partir do encaminhamento das unidades de atenção básica.

Na perspectiva de alcançar maior integração no sistema de saúde municipal, existe a intenção por parte dos gestores de garantir a coordenação dos cuidados pelos serviços de atenção primária. Entre as estratégias implementadas estão as linhas de cuidado e os prontuários eletrônicos, além de iniciativas para melhorar a qualificação dos recursos humanos, adotando estratégias, como teleconferências e planos de educação permanente, direcionadas ao processo de trabalho, o que será discutido no capítulo XI.

2. ESTRATÉGIAS DE ATENDIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA

A principal estratégia para atendimento à demanda espontânea é o acolhimento, realizado diariamente na unidade de saúde.

Embora haja a preocupação de não transformar as unidades básicas em pronto-atendimentos, o grupo gestor da saúde entende que a Estratégia Saúde da Família, em Belo Horizonte, deve estar organizada para atender a demanda espontânea, posto que é responsável por uma população de referência, tendo a função de programar ações de saúde amplas para essa população. Na visão do secretário municipal de saúde, a Estratégia Saúde da Família deve atender parte substancial da demanda espontânea, inclusive como estratégia de legitimação política.

Os gestores reconhecem ainda que as USF enfrentam o efeito da demanda acumulada por utilização dos serviços de saúde de uma população com alta carga de doença. Esta realidade tem acarretado um volume pesado de demanda espontânea, que, por vezes chega a pressionar a programada ou, mesmo, a interferir na organização do cuidado no sentido da promoção e prevenção da saúde: *“As unidades conhecem sua população, seu*

território. Elas devem tentar organizar a agenda, garantindo espaço para a demanda programada, analisar o que vem na demanda espontânea. (...) Analisar as demandas para se organizar e garantir que o programado não seja engolido pela demanda espontânea”, destacou a coordenadora da Atenção Básica.

Com base em sua experiência de trabalho nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa, 95% dos médicos e 97% dos enfermeiros informaram realizar atendimento à demanda espontânea todos os dias (tabelas C13).

Médicos (93%) e enfermeiros (89%) das ESFs do município concordam com a afirmativa de que a população apresenta forte demanda por atendimento médico e pressiona as equipes de saúde da família para o atendimento espontâneo. Os agentes comunitários de saúde (ACS) foram os que mais concordaram com esta afirmativa. A maior parte dos profissionais dessas equipes (83% dos ACS, 73% dos auxiliares de enfermagem, 71% dos médicos e 64% dos enfermeiros) considera que, na prática, a USF cumpre as funções de pronto-atendimento (D1a).

O atendimento realizado somente por meio de agendamento prévio parece não ser característica forte do processo de trabalho das ESFs. Quase 100% dos médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem discordam da afirmativa de que o Programa Saúde da Família (PSF) atende apenas com agendamento prévio. Um terço dos agentes comunitários de saúde concorda com esta afirmativa, contudo quase 70% deles divergiram desta opinião.

Os resultados da pesquisa realizada junto aos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família corroboram as observações dos gestores, indicando que as USF organizam parte de suas ações para o atendimento da demanda espontânea.

Chama a atenção que 63% entre os ACS entrevistados, profissionais que atuam mais próximo da comunidade e das famílias, além de serem especialmente responsáveis pelas ações de promoção e prevenção da saúde, consideram que a população resiste às ações das ESFs.

Tabela 1 D1a – Avaliação dos profissionais quanto ao atendimento da demanda espontânea pela Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Demanda	Médico Concorda muito / Concorda		Enfermeiro Concorda muito/Concorda		Auxiliares de Enfermagem Concorda muito / Concorda		ACS Concorda muito / Concorda em parte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
g) A população resiste às ações das equipes de saúde da família	12	16,7	15	20,0	42	47,2	107	62,9
i) O PSF atende apenas com agendamento prévio	1	1,4	1	1,3	5	5,6	49	28,8
j) A USF cumpre na prática as funções de pronto-atendimento	51	70,8	48	64,0	65	73,0	142	83,5
x) A população apresenta forte demanda por atendimento médico, pressionando a ESF para atendimento da demanda espontânea	67	93,1	67	89,3	5	5,6	-	-

n= 72 médicos; n= 75 enfermeiros, n= 170 ACS, n= 89 aux/técnicos de enfermagem

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

3. AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUANTO À POSIÇÃO DA ESTRATÉGIA NA REDE ASSISTENCIAL

Os profissionais das equipes de saúde da família consideram que a unidade básica de saúde é acessível a toda população cadastrada (90% dos médicos, 85% dos enfermeiros, 72% dos auxiliares de enfermagem e 89% dos ACS) e que a Estratégia Saúde da Família ampliou o acesso de novas parcelas da população aos serviços de saúde do município (97% dos médicos, 96% dos enfermeiros, 92% dos ACS). (Tabela D1b)

Embora concordem que a Estratégia Saúde da Família seja acessível, 63,5% dos ACS avaliam que o tempo médio entre o agendamento e o atendimento de consultas na USF ainda é elevado, o que demonstra que o acesso imediato foi ampliado, porém a utilização do serviço de saúde implica um tempo de espera e agendamento prévio. Médicos (90%) e enfermeiros (87%) discordam desta opinião.

Médicos e enfermeiros são mais críticos com relação ao número de famílias adscritas por equipe de saúde da família. Esses profissionais (médicos 92% e enfermeiros 93%) discordaram da afirmativa de que o número de famílias sob responsabilidade de uma dessas equipes é adequado.

Tabela 2 D1b – Avaliação dos profissionais quanto a alguns aspectos do acesso à Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Acesso	Médico		Enfermeiro		Aux de enfermagem		ACS	
	Concorda muito / Concorda		Concorda muito/Concorda		Concorda muito / Concorda		Concorda muito / Concorda em parte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
a) A unidade de Saúde da Família é acessível a toda a população cadastrada	64	88,9	64	85,3	64	71,9	151	88,8
c) O PSF concentra-se em áreas pobres ou periféricas no município	59	81,9	53	70,7	57	95,0	117	68,8
h) O PSF atende com exclusividade a população cadastrada	19	26,4	27	36,0	-	-	97	57,1
l) O PSF ampliou o acesso de novas parcelas da população aos serviços de saúde no município	70	97,2	72	96,0	-	-	157	92,4
m) O PSF atrai as populações dos bairros vizinhos, que sobrecarregam o atendimento	55	76,4	51	68,0	60	100,0	119	70,0
t) O tempo médio entre o agendamento e o atendimento de consultas na USF é elevado	7	9,7	10	13,3	27	45,0	108	63,5
z) O número de famílias sob responsabilidade de uma ESF é adequado	6	8,3	5	6,7	-	-	0	0,0

n= 72 médicos; n= 75 enfermeiros, n= 170 ACS, n= 89 aux/técnicos de enfermagem

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Entre os profissionais das ESFs há concordância geral quanto à posição da Estratégia Saúde da Família como ponto de primeiro contato da população no sistema de serviços de saúde municipal. Médicos (90%), enfermeiros (88%), auxiliares de enfermagem (80%) e ACS (95%) concordaram que a população procura primeiro a USF quando necessita de atendimento de saúde. Concordaram também (médicos, 94%, enfermeiros 87%, auxiliares de enfermagem 88% e ACS 92%) que o PSF vem substituindo as unidades básicas de saúde (UBS) no atendimento à população (D1c). Em consonância com os resultados anteriores, somente 13% de médicos e 12% de enfermeiros concordam com a afirmativa de que a população procura a rede hospitalar ou as unidades tradicionais de saúde em primeiro lugar. Entretanto, 64% dos ACS têm opinião oposta aos médicos e enfermeiros sobre a mesma questão, consentindo em parte.

Tabela 3 D1c – Avaliação dos profissionais quanto à posição da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial, Belo Horizonte (MG), 2008

Posição	Médico		Enfermeiro		Auxiliares de Enfermagem		ACS	
	Concorda muito / Concorda		Concorda muito / Concorda		Concorda muito / Concorda		Concorda muito / Concorda em parte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
b) O PSF vem substituindo as unidades básicas tradicionais de saúde no atendimento da população	68	94,4	65	86,7	78	87,6	157	92,4
d) Com o PSF, a população atendida procura menos os serviços hospitalares e especializados	55	76,4	50	66,7	52	58,4	148	87,1
e) A população procura primeiro a Unidade de Saúde da família quando necessita de atendimento de saúde	65	90,3	66	88,0	71	79,8	162	95,3
f) A população procura primeiro a rede hospitalar ou a de unidades tradicionais de saúde	9	12,5	9	12,0	-	-	115	67,6
k) O PSF atua articulado aos programas de saúde existentes (tuberculose, hanseníase e diabetes, entre outros)	61	84,7	75	100,0	85	95,5	168	98,8

n= 72 médicos; n= 75 enfermeiros, n= 170 ACS, n+ 89 aux/técnicos de enfermagem

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Em síntese pode-se dizer que, do ponto de vista da gestão e da assistência, o sistema de saúde de Belo Horizonte tem avançado na concepção da atenção primária como porta de entrada em uma rede integrada de serviços de saúde. Existe alinhamento entre a avaliação dos profissionais, a dos usuários das USF e o discurso dos gestores da saúde quanto à posição de porta de entrada da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial.

4. SERVIÇO DE PROCURA REGULAR DAS FAMÍLIAS

Serviço de primeiro contato

As entrevistas com as famílias cadastradas por equipes de saúde da família identificaram aspectos positivos com relação à posição da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços do sistema de saúde de Belo Horizonte.

Os serviços de atenção primária têm-se configurado como importante fonte de cuidado regular no município. Das famílias cadastradas por ESFs, 85% declararam que costumam procurar o mesmo serviço de saúde para assistência ou prevenção de saúde (Tabela D10). Este percentual é maior do que o estimado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 2003, em que 79% da população brasileira dispunha

de um serviço de procura regular. O posto de saúde foi a modalidade de serviço de saúde mais citada pelos entrevistados na PNAD (52%)¹.

Tabela 4 – D10 Procura do mesmo serviço de saúde para assistência ou prevenção de saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Procura regular	n	%
Sim	765	85,0
Não	133	14,8
Não respondeu	2	,2
Total	900	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Em Belo Horizonte, onde o Centro de Saúde é o lugar em que se estrutura o cuidado ofertado pelas ESFs, pode-se inferir que 74% das famílias cadastradas procuraram as USF (posto ou centro de saúde 41%, unidades ou equipes de saúde da família do Sistema Único de Saúde 33,5%) como fonte de cuidado regular para a assistência ou a prevenção (Tabela D11).

Tabela 5 – D11 Serviço de saúde geralmente procurado para assistência ou prevenção, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Serviço de saúde procurado	n	%
Posto ou Centro de Saúde do SUS	313	40,9
Unidade ou Equipe de Saúde da Família do SUS	256	33,5
Policlínica ou PAM (Posto de Assistência Médica) do SUS	6	,8
Ambulatório de hospital público	13	1,7
Ambulatório ou consultório de clínica ou de hospital privado	40	5,2
Pronto-socorro ou emergência públicos	31	4,1
Pronto-socorro ou emergência privados	37	4,8
Consultório particular	45	5,9
Drogaria ou farmácia	1	,1
Outro	21	2,7
Não respondeu	2	,3
Total	765	100,0

Observação: n= 765 entrevistados que dispõem de serviço de saúde de procura regular

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Procura de serviços nos casos de adoecimento nos últimos 30 dias

Das famílias cadastradas entrevistadas, 74% informaram não ter havido caso de adoecimento em sua família nos últimos trinta dias (Tabela D3).

¹ Um resumo dos dados da PNAD 2003 sobre acesso e utilização dos serviços de saúde no Brasil pode ser verificado site do IBGE, no seguinte endereço eletrônico:
http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=370

Tabela 6 – D3 Famílias com integrantes que adoeceram nos últimos 30 dias, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Adoecimento	n	%
Sim	231	25,7
Não	665	73,9
Não respondeu	4	,4
Total	900	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

As situações de adoecimento ocorridas nas famílias foram avaliadas pelos entrevistados como casos mais ou menos graves (34%) ou sem gravidade (35%) (Tabela D4). No momento da pesquisa, o estado de 53% das pessoas que adoeceram era de cura e 22% consideraram que a pessoa que adoeceu estava do mesmo jeito (Tabela D5). Dentre os que adoeceram nos trinta dias que antecederam a entrevista, 84% referiram ter procurado um serviço de saúde (Tabela D6).

Tabela 7 – D4 Gravidade do episódio de doença dos moradores nos últimos 30 dias, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Gravidade	n	%
Grave	77	26,0
Mais ou menos grave	101	34,1
Sem gravidade	104	35,1
Não sabe	14	4,7
Total	296	100,0

Observação: n = 296 moradores que estiveram doentes nos últimos 30 dias.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Tabela 8 – D5 Estado de saúde atual dos moradores que adoeceram nos últimos 30 dias, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Estado de saúde atual	n	%
Está curado	156	52,7
Está do mesmo jeito	65	22,0
Está pior	3	1,0
Ainda é cedo para dizer	68	23,0
Não informou	4	1,4
Total	296	100,0

Observação: n = 296 moradores que estiveram doentes nos últimos 30 dias.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Tabela 9 – D6 Procura de atendimento por moradores que adoeceram nos últimos 30 dias, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Procura de atendimento	n	%
Sim	248	83,8
Não	45	15,2
Não informou	3	1,0
Total	296	100,0

Observação: n = 296 moradores que estiveram doentes nos últimos 30 dias.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Das pessoas que procuraram atendimento em serviços de saúde quando adoeceram, 84% foram atendidas no primeiro serviço de saúde e 11% no segundo serviço que buscaram (Tabela D8, D9).

Quase metade (48%) das pessoas que adoeceram foi atendida em uma USF e a grande maioria, em serviços de saúde do sistema único de saúde (SUS). Agregando o atendimento realizado no posto de saúde e no pronto-socorro ou emergência e outros serviços públicos (15%) pode-se inferir que 79% das pessoas que adoeceram, acessaram e utilizaram serviços de saúde do SUS quando precisaram (Tabela D7).

Tabela 10 – D8, D9 Número de serviços de saúde procurados para receber atendimento, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Número de serviços	n	%
1 serviço	208	83,9
2 serviços	28	11,3
3 serviços	5	2,0
4 serviços	1	0,4
Não informou	5	2,0
Total	248	100,0

Observação: n = 248 moradores que estiveram doentes nos últimos 30 dias e procuraram algum atendimento de saúde.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Tabela 11 – D7 Moradores que adoeceram nos últimos 30 dias quanto ao serviço de saúde em que foi atendido, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Serviço de saúde	n	%
Agente Comunitário de Saúde	5	2,0
Posto/Unidade de Saúde da Família SUS	120	48,4
Posto ou Centro de Saúde SUS	5	2,0
Policlínica ou PAM (Posto de Assistência Médica) do SUS	11	4,4
Ambulatório de hospital público	18	7,3
Clínica ou hospital privado	34	13,7
Pronto-socorro ou emergência públicos	37	14,9
Pronto-socorro ou emergência privados	9	3,6
Consultório particular	3	1,2
SAMU	1	0,4
Drogaria ou farmácia	1	0,4
Outro	4	1,6
Total	248	100,0

Observação: n = 248 moradores que estiveram doentes nos últimos 30 dias e procuraram algum atendimento de saúde.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Iniciativas das famílias em caso de doença

Em Belo Horizonte, a prática de procurar um serviço de saúde diante de mal-estar ou adoecimento corresponde ao comportamento de 87% das famílias entrevistadas, das

quais 22% procuram diretamente a emergência hospitalar e 65% procuram outro serviço de saúde (Tabela D1).

Tabela 12 – D1 Iniciativa das famílias diante de mal-estar ou adoecimento, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Iniciativas	n	%
Espera para ver se melhora	15	1,7
Chama o SAMU ou uma ambulância	24	2,7
Pede ajuda a vizinhos ou familiares	8	,9
Procura uma drogaria ou farmácia	8	,9
Procura um Agente Comunitário de Saúde	1	,1
Toma chás ou remédios caseiros	16	1,8
Toma remédios por conta própria (alopatia)	30	3,3
Procura a emergência do hospital	200	22,2
Procura outro serviço de saúde	587	65,2
Outro	10	1,1
Não respondeu	1	,1
Total	900	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Nos finais de semana, a principal iniciativa também é de procurar serviços de saúde. O serviço de saúde mais procurado em caso de adoecimento em finais de semana é o pronto-socorro ou emergência do SUS, para 60% das famílias entrevistadas. Dessas famílias cadastradas, 12,5% referem procurar um pronto-socorro ou emergência do setor privado e 6%, clínicas e médicos de planos de saúde (Tabela D2).

Tabela 13 – D2 Iniciativas diante de adoecimento ou mal-estar à noite ou nos fins de semana, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Iniciativas	n	%
Espera para ver se melhora	19	2,1
Chama o SAMU ou uma ambulância	32	3,6
Pede ajuda a vizinhos ou familiares	9	1,0
Procura Posto/Unidade de Saúde da Família do SUS	7	,8
Procura uma drogaria ou farmácia	10	1,1
Toma chás ou remédios caseiros	9	1,0
Toma remédios por conta própria (alopatia)	22	2,4
Procura um Centro de Saúde com serviço de urgência do SUS	41	4,6
Procura um Posto ou Centro de Saúde do SUS	26	2,9
Procura um pronto-socorro ou emergência do SUS	540	60,0
Procura um pronto-socorro ou emergência privado	112	12,4
Procura uma Clínica ou Ambulatório ou médico de plano de saúde	58	6,4
Telefona para profissional de saúde	2	,2
Outro	12	1,3
Não respondeu	1	,1
Total	900	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Em resumo, as famílias cadastradas a um serviço de Saúde da Família reconhecem a unidade básica/USF como seu serviço de procura regular (75%) e metade dessas famílias, quando adoece, procura a unidade de atenção primária. Estes dados revelam que é verdadeira a percepção dos gestores quanto à atenção primária ser a porta de entrada preferencial do sistema de saúde municipal. No nível assistencial, a Estratégia Saúde da Família tem-se configurado como espaço de atenção regular para as famílias, seja para prevenção ou atenção médica.

ANEXO CAPÍTULO IX

Tabela 14 – D1 A avaliação quanto à posição da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial segundo Médicos, Belo Horizonte (MG), 2008

Critérios	Médico											
	Concorda muito		Concorda		Discorda		Discorda muito		Não sabe		NSA	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) A unidade de Saúde da Família é acessível a toda a população cadastrada	30	41,7	34	47,2	7	9,7	1	1,4	0	0,0	0	0,0
b) O PSF vem substituindo as unidades básicas tradicionais de saúde no atendimento da população	34	47,2	34	47,2	3	4,2	1	1,4	0	0,0	0	0,0
c) O PSF concentra-se em áreas pobres ou periféricas no município	15	20,8	44	61,1	13	18,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
d) Com o PSF, a população atendida procura menos os serviços hospitalares e especializados	15	20,8	40	55,6	14	19,4	2	2,8	1	1,4	0	0,0
e) A população procura primeiro a Unidade de Saúde da família quando necessita de atendimento de saúde	19	26,4	46	63,9	5	6,9	1	1,4	1	1,4	0	0,0
f) A população procura primeiro a rede hospitalar ou de unidades tradicionais de saúde	0	0,0	9	12,5	52	72,2	10	13,9	1	1,4	0	0,0
g) A população resiste às ações das equipes de saúde da família	1	1,4	11	15,3	54	75,0	6	8,3	0	0,0	0	0,0
h) O PSF atende com exclusividade a população cadastrada	5	6,9	14	19,4	47	65,3	6	8,3	0	0,0	0	0,0
i) O PSF atende apenas com agendamento prévio	0	0,0	1	1,4	47	65,3	24	33,3	0	0,0	0	0,0
j) A USF cumpre na prática as funções de pronto-atendimento	14	19,4	37	51,4	17	23,6	3	4,2	1	1,4	0	0,0
k) O PSF atua articulado aos programas de saúde existentes (tuberculose, hanseníase, diabetes, entre outros)	17	23,6	44	61,1	11	15,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
l) O PSF ampliou o acesso de novas parcelas da população aos serviços de saúde no município	30	41,7	40	55,6	1	1,4	1	1,4	0	0,0	0	0,0
m) O PSF atrai as populações dos bairros vizinhos que sobrecarregam o atendimento	21	29,2	34	47,2	16	22,2	1	1,4	0	0,0	0	0,0

n) O PSF tem favorecido a ação intersectorial no município para o enfrentamento de problemas identificados em sua área de atuação	5	6,9	46	63,9	18	25,0	1	1,4	2	2,8	0	0,0
o) O PSF garante o atendimento em outros serviços, quando necessários	0	0,0	36	50,0	29	40,3	5	6,9	2	2,8	0	0,0
p) O PSF garante a realização de exames, quando necessários	3	4,2	44	61,1	22	30,6	3	4,2	0	0,0	0	0,0
q) O PSF garante a internação, quando necessária	2	2,8	15	20,8	40	55,6	13	18,1	2	2,8	0	0,0
r) O PSF fornece medicamentos da farmácia básica suficientemente	6	8,3	30	41,7	30	41,7	6	8,3	0	0,0	0	0,0
s) A sua equipe de saúde da família oferece recursos adequados ao enfrentamento dos problemas de saúde na comunidade	2	2,8	39	54,2	26	36,1	5	6,9	0	0,0	0	0,0
t) O tempo médio entre o agendamento e o atendimento de consultas na Unidade de Saúde da família é elevado	1	1,4	6	8,3	46	63,9	19	26,4	0	0,0	0	0,0
u) A população se sente esclarecida sobre cuidados rotineiros com a saúde	0	0,0	35	48,6	28	38,9	3	4,2	6	8,3	0	0,0
v) A sua equipe de saúde da família conta com um sistema de referência e contrarreferência que permite ampliar a resolutividade da rede básica	2	2,8	23	31,9	31	43,1	16	22,2	0	0,0	0	0,0
x) A população apresenta forte demanda por atendimento médico, pressionando a ESF para o atendimento da demanda espontânea	42	58,3	25	34,7	3	4,2	2	2,8	0	0,0	0	0,0
z) O número de famílias sob responsabilidade de uma ESF é adequado	0	0,0	6	8,3	31	43,1	34	47,2	0	0,0	1	1,4

Observação: n= 72 médicos e n=75 enfermeiros

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Tabela 15 – D1 A avaliação quanto à posição da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial segundo Enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008

Critérios	Enfermeiro									
	Concorda muito		Concorda		Discorda		Discorda muito		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) A unidade de Saúde da Família é acessível a toda a população cadastrada	27	36,0	37	49,3	7	9,3	2	2,7	2	2,7
b) O PSF vem substituindo as unidades básicas tradicionais de saúde no atendimento da população	27	36,0	38	50,7	9	12,0	1	1,3	0	0,0
c) O PSF concentra-se em áreas pobres ou periféricas no município	10	13,3	43	57,3	20	26,7	2	2,7	0	0,0
d) Com o PSF, a população atendida procura menos os serviços hospitalares e especializados	9	12,0	41	54,7	22	29,3	1	1,3	2	2,7
e) A população procura primeiro a Unidade de Saúde da família quando necessita de atendimento de saúde	11	14,7	55	73,3	9	12,0	0	0,0	0	0,0
f) A população procura primeiro a rede hospitalar ou a de unidades tradicionais de saúde	0	0,0	9	12,0	63	84,0	3	4,0	0	0,0
g) A população resiste às ações das equipes de saúde da família	1	1,3	14	18,7	52	69,3	8	10,7	0	0,0
h) O PSF atende com exclusividade a população cadastrada	3	4,0	24	32,0	44	58,7	4	5,3	0	0,0
i) O PSF atende apenas com agendamento prévio	1	1,3	0	0,0	50	66,7	24	32,0	0	0,0
j) A USF cumpre na prática as funções de pronto-atendimento	6	8,0	42	56,0	23	30,7	4	5,3	0	0,0
k) O PSF atua articulado aos programas de saúde existentes (tuberculose, hanseníase, diabetes, entre outros)	21	28,0	54	72,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
l) O PSF ampliou o acesso de novas parcelas da população aos serviços de saúde no município	28	37,3	44	58,7	2	2,7	0	0,0	1	1,3
m) O PSF atrai as populações dos bairros vizinhos que sobrecarregam o atendimento	11	14,7	40	53,3	22	29,3	2	2,7	0	0,0
n) O PSF tem favorecido a ação intersetorial no município para o enfrentamento de problemas identificados em sua área de atuação	5	6,7	46	61,3	17	22,7	2	2,7	5	6,7
o) O PSF garante o atendimento em outros serviços, quando necessários	2	2,7	41	54,7	28	37,3	4	5,3	0	0,0
p) O PSF garante a realização de exames, quando necessários	6	8,0	53	70,7	14	18,7	2	2,7	0	0,0

Critérios	Enfermeiro									
	Concorda muito		Concorda		Discorda		Discorda muito		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
q) O PSF garante a internação, quando necessária	2	2,7	26	34,7	35	46,7	5	6,7	7	9,3
r) O PSF fornece medicamentos da farmácia básica suficientemente	4	5,3	45	60,0	23	30,7	2	2,7	1	1,3
s) A sua equipe de saúde da família oferece recursos adequados ao enfrentamento dos problemas de saúde na comunidade	2	2,7	37	49,3	35	46,7	0	0,0	1	1,3
t) O tempo médio entre o agendamento e o atendimento de consultas na Unidade de Saúde da família é elevado	1	1,3	9	12,0	45	60,0	20	26,7	0	0,0
u) A população se sente esclarecida sobre cuidados rotineiros com a saúde	2	2,7	45	60,0	26	34,7	0	0,0	2	2,7
v) A sua equipe de saúde da família conta com um sistema de referência e de contrarreferência que permite ampliar a resolutividade da rede básica	1	1,3	21	28,0	45	60,0	7	9,3	1	1,3
x) A população apresenta forte demanda por atendimento médico, pressionando a ESF para o atendimento da demanda espontânea	30	40,0	37	49,3	8	10,7	0	0,0	0	0,0
z) O número de famílias sob responsabilidade de uma ESF é adequado	1	1,3	4	5,3	43	57,3	27	36,0	0	0,0

Observação: n= 72 médicos e n=75 enfermeiros

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Tabela 16 – D1 A avaliação quanto à posição da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial segundo Médicos e Enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008

Critérios	Concorda muito		Concorda		Discorda		Discorda muito		Não sabe		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) A unidade de Saúde da Família é acessível a toda a população cadastrada	57	38,8	71	48,3	14	9,5	3	2,0	2	1,4	147	100,0
b) O PSF vem substituindo as unidades básicas tradicionais de saúde no atendimento da população	61	41,5	72	49,0	12	8,2	2	1,4	0	,0	147	100,0
c) O PSF concentra-se em áreas pobres ou periféricas no município	25	17,0	87	59,2	33	22,4	2	1,4	0	,0	147	100,0
d) Com o PSF, a população atendida procura menos os serviços hospitalares e especializados	24	16,3	81	55,1	36	24,5	3	2,0	3	2,0	147	100,0
e) A população procura primeiro a Unidade de Saúde da família quando necessita de atendimento de saúde	30	20,4	101	68,7	14	9,5	1	,7	1	,7	147	100,0
f) A população procura primeiro a rede hospitalar ou a de unidades tradicionais de saúde	0	,0	18	12,2	115	78,2	13	8,8	1	,7	147	100,0
g) A população resiste às ações das equipes de saúde da família	2	1,4	25	17,0	106	72,1	14	9,5	0	,0	147	100,0
h) O PSF atende com exclusividade a população cadastrada	8	5,4	38	25,9	91	61,9	10	6,8	0	,0	147	100,0
i) O PSF atende apenas com agendamento prévio	1	,7	1	,7	97	66,0	48	32,7	0	,0	147	100,0
j) A USF cumpre na prática as funções de pronto-atendimento	20	13,6	79	53,7	40	27,2	7	4,8	1	,7	147	100,0
k) O PSF atua articulado aos programas de saúde existentes (tuberculose, hanseníase, diabetes, entre outros)	38	25,9	98	66,7	11	7,5	0	,0	0	,0	147	100,0
l) O PSF ampliou o acesso de novas parcelas da população aos serviços de saúde no município	58	39,5	84	57,1	3	2,0	1	,7	1	,7	147	100,0
m) O PSF atrai as populações dos bairros vizinhos que sobrecarregam o atendimento	32	21,8	74	50,3	38	25,9	3	2,0	0	,0	147	100,0
n) O PSF tem favorecido a ação intersetorial no município para o enfrentamento de problemas identificados em sua área de atuação	10	6,8	92	62,6	35	23,8	3	2,0	7	4,8	147	100,0
o) O PSF garante o atendimento em outros serviços, quando necessários	2	1,4	77	52,4	57	38,8	9	6,1	2	1,4	147	100,0
p) O PSF garante a realização de exames, quando necessários	9	6,1	97	66,0	36	24,5	5	3,4	0	,0	147	100,0
q) O PSF garante a internação, quando necessária	4	2,7	41	27,9	75	51,0	18	12,2	9	6,1	147	100,0
r) O PSF fornece medicamentos da farmácia básica suficientemente	10	6,8	75	51,0	53	36,1	8	5,4	1	,7	147	100,0

Critérios	Concorda muito		Concorda		Discorda		Discorda muito		Não sabe		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
s) A sua equipe de saúde da família oferece recursos adequados ao enfrentamento dos problemas de saúde na comunidade	4	2,7	76	51,7	61	41,5	5	3,4	1	,7	147	100,0
t) O tempo médio entre o agendamento e o atendimento de consultas na Unidade de Saúde da família é elevado	2	1,4	15	10,2	91	61,9	39	26,5	0	,0	147	100,0
u) A população se sente esclarecida sobre cuidados rotineiros com a saúde	2	1,4	80	54,4	54	36,7	3	2,0	8	5,4	147	100,0
v) A sua equipe de saúde da família conta com um sistema de referência e de contrarreferência que permite ampliar a resolutividade da rede básica	3	2,0	44	29,9	76	51,7	23	15,6	1	,7	147	100,0
x) A população apresenta uma forte demanda por atendimento médico, pressionando a ESF para o atendimento da demanda espontânea	72	49,0	62	42,2	11	7,5	2	1,4	0	,0	147	100,0
z) O número de famílias sob responsabilidade de uma ESF é adequado	1	,7	10	6,8	74	50,3	61	41,5	0	,0	147	100,0

Observação: n= 72 médicos e n=75 enfermeiros

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Tabela 17 – D1 A avaliação quanto à posição da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial segundo Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Critérios	Concorda muito		Concorda em parte		Não concorda		Não sabe		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a. A unidade de Saúde da Família é acessível a toda a população cadastrada	88	51,8	63	37,1	18	10,6	1	,6	-	-	170	100,0
b. O PSF vem substituindo as unidades básicas tradicionais de saúde no atendimento da população	86	50,6	71	41,8	9	5,3	4	2,4	-	-	170	100,0
c. O PSF concentra-se em áreas pobres ou periféricas no município	60	35,3	57	33,5	46	27,1	7	4,1	-	-	170	100,0
d. Com o PSF, a população atendida procura menos os serviços hospitalares e especializados	62	36,5	86	50,6	20	11,8	2	1,2	-	-	170	100,0
e. A população procura primeiro a Unidade de Saúde da família quando necessita de atendimento de saúde	116	68,2	46	27,1	6	3,5	-	-	2	1,2	170	100,0
f. A população procura primeiro a rede hospitalar ou de unidades tradicionais de saúde	19	11,2	96	56,5	54	31,8	1	,6	-	-	170	100,0
g. A população resiste às ações das ESF	20	11,8	87	51,2	57	33,5	5	2,9	1	,6	170	100,0
h. O PSF atende com exclusividade a população cadastrada	49	28,8	48	28,2	72	42,4	1	,6			170	100,0
i. O PSF atende apenas com agendamento prévio	10	5,9	39	22,9	121	71,2					170	100,0
j. O PSF cumpre na prática as funções de pronto-atendimento	63	37,1	79	46,5	24	14,1	2	1,2	2	1,2	170	100,0
k. O PSF atua articulado aos programas de saúde existentes (tuberculose, hanseníase, diabetes, entre outros)	135	79,4	33	19,4	2	1,2	-	-	-	-	170	100,0
l. O PSF ampliou o acesso de novas parcelas da população aos serviços de saúde no município	112	65,9	45	26,5	2	1,2	11	6,5	-	-	170	100,0
m. O PSF atrai as populações de bairros vizinhos que sobrecarregam o atendimento	89	52,4	30	17,6	49	28,8	2	1,2	-	-	170	100,0
n. O PSF tem favorecido a ação intersetorial no município para o enfrentamento de problemas	88	51,8	66	38,8	4	2,4	12	7,1	-	-	170	100,0

Critérios	Concorda muito		Concorda em parte		Não concorda		Não sabe		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
identificados em sua área de atuação												
p. O PSF garante o atendimento em outros serviços, quando necessário	78	45,9	76	44,7	11	6,5	5	2,9	-	-	170	100,0
q. O PSF garante a realização de exames, quando necessários	118	69,4	45	26,5	6	3,5	1	,6	-	-	170	100,0
r. O PSF garante a internação, quando necessária	78	45,9	61	35,9	27	15,9	4	2,4	-	-	170	100,0
s. O PSF fornece medicamentos da Farmácia Básica suficientemente	57	33,5	81	47,6	30	17,6	2	1,2	-	-	170	100,0
t. A sua equipe de saúde da família oferece recursos adequados ao enfrentamento dos problemas de saúde na comunidade	32	18,8	112	65,9	23	13,5	3	1,8	-	-	170	100,0
u. O tempo médio entre o agendamento e o atendimento de consultas na Unidade de Saúde da família é elevado	36	21,2	72	42,4	58	34,1	3	1,8	1	,6	170	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Tabela 18 – D1 A avaliação quanto à posição da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial segundo auxiliares em enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Critérios	Concorda muito		Concorda		Discorda		Discorda Muito		Não sabe		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a. A unidade de Saúde da Família é acessível a toda a população cadastrada	19	21,3	45	50,6	18	20,2	5	5,6	1	1,1	1	1,1	89	100,0
b. O PSF vem substituindo as unidades básicas tradicionais de saúde no atendimento da população	25	28,1	53	59,6	8	9,0	1	1,1	1	1,1	1	1,1	89	100,0
c. O PSF concentra-se em áreas pobres ou periféricas no município	14	15,7	43	48,3	23	25,8	4	4,5	4	4,5	1	1,1	89	100,0
d. Com o PSF, a população atendida procura menos os serviços hospitalares e especializados	17	19,1	35	39,3	32	36,0	2	2,2	1	1,1	2	2,2	89	100,0
f. A população procura primeiro a Unidade de Saúde da família quando necessita de atendimento de saúde	25	28,1	46	51,7	13	14,6	1	1,1	1	1,1	3	3,4	89	100,0
g. A população resiste	5	5,6	37	41,6	38	42,7	4	4,5	4	4,5	1	1,1	89	100,0

Critérios	Concorda muito		Concorda		Discorda		Discorda Muito		Não sabe		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
às ações das ESF														
h. O PSF atende apenas com agendamento prévio	1	1,1	4	4,5	57	64,0	26	29,2	-	-	1	1,1	89	100,0
i. O PSF cumpre na prática as funções de pronto-atendimento	19	21,3	46	51,7	20	22,5	3	3,4	-	-	1	1,1	89	100,0
k. O PSF atua articulado aos programas de saúde existentes (tuberculose, hanseníase, diabetes, entre outros)	28	31,5	57	64,0	2	2,2	-	-	1	1,1	1	1,1	89	100,0
l. O PSF atrai as populações de bairros vizinhos que sobrecarregam o atendimento	24	27,0	36	40,4	28	31,5	-	-	-	-	1	1,1	89	100,0
m. O PSF tem favorecido a ação intersetorial no município para o enfrentamento de problemas identificados em sua área de atuação	9	10,1	55	61,8	13	14,6	3	3,4	8	9,0	1	1,1	89	100,0
n. O PSF garante o atendimento em outros serviços, quando necessário	14	15,7	47	52,8	21	23,6	4	4,5	2	2,2	1	1,1	89	100,0
o. O PSF garante a realização de exames, quando necessários	20	22,5	57	64,0	7	7,9	3	3,4	1	1,1	1	1,1	89	100,0
p. O PSF garante a internação, quando necessária	10	11,2	38	42,7	28	31,5	7	7,9	5	5,6	1	1,1	89	100,0
q. O PSF fornece medicamentos da Farmácia Básica suficientemente	13	14,6	43	48,3	28	31,5	3	3,4	1	1,1	1	1,1	89	100,0
r. A sua equipe de saúde da família oferece recursos adequados ao enfrentamento dos problemas de saúde na comunidade	6	6,7	41	46,1	33	37,1	4	4,5	3	3,4	2	2,2	89	100,0
s. O tempo médio entre o agendamento e o atendimento de consultas na UBS é elevado	2	2,2	25	28,1	48	53,9	12	13,5	1	1,1	1	1,1	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

X. INTEGRAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA À REDE DE SERVIÇOS

Neste estudo, a coordenação dos cuidados com integração à rede de serviços é um dos eixos principais para análise do modelo assistencial da atenção básica em saúde a partir da implementação da Estratégia Saúde da Família. A integração da rede de serviços, contempla a facilidade em acessar os demais níveis de atenção e se expressa na organização do sistema de saúde. Quando mais de um prestador é envolvido na prestação do cuidado em saúde, estratégias de coordenação e de integração da rede são necessárias para garantir a continuidade da atenção.

Para Starfield (2002), a coordenação ou a integração dos serviços implica a garantia de continuidade do cuidado por meio de estratégias que busquem integrar as diversas ações e serviços essenciais para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas. Na experiência do usuário, segundo o autor, a coordenação pode ser bem expressada na resposta afirmativa à assertiva: “se vários médicos estão envolvidos em meu tratamento, meu médico o organiza”.

Belo Horizonte tem experiência de regulação anterior à implementação do Programa Saúde da Família (PSF). Foi um dos primeiros grandes centros urbanos a municipalizar as unidades básicas de saúde sob gestão estadual, ainda no ano de 1991, e a receber as unidades secundárias pertencentes ao INAMPS, processo iniciado no ano seguinte.

Em 1994, o município aderiu à Gestão Semiplena, que contemplava a organização de um setor de controle e avaliação para a regulação dos seus serviços de saúde. Com a assunção da gestão em habilitação semiplena “*desenvolveu-se um processo vigoroso de expansão da rede básica, das unidades especializadas de apoio diagnóstico, da rede de urgência e de saúde mental, além da montagem de estruturas necessárias ao controle da rede contratada e conveniada e implantação de inúmeros projetos e programas especiais*” (PBH/SMSA, Relatório de Gestão, 2007:34).

Em maio de 2007, Belo Horizonte foi o primeiro município a formalizar contratos globais com os hospitais filantrópicos, assim como fora também uma das primeiras a firmá-los com os hospitais de ensino no ano de 2004. O restante da rede hospitalar e da rede ambulatorial privada foi contratado via chamamento público, realizado em 1994. Para a atenção ambulatorial própria há uma equipe de controle e avaliação no nível central e uma

equipe em cada um dos nove distritos, que trabalham de forma articulada com os centros de saúde.

O município conta atualmente, em 2008, com ampla rede assistencial, constituída por 36 hospitais entre unidades municipais (1), estaduais (10), federais (2), filantrópicos (10) e privados (13); mais de 100 prestadores ambulatoriais, que incluem Unidades de Referência Secundária (URS), Centros de Especialidade Médica (CEM), um Centro Municipal de Oftalmologia, um Núcleo de Cirurgia Ambulatorial, Centros de Reabilitação e outros sete grandes prestadores ambulatoriais; e 14 unidades da rede de urgência e emergência (SMSA/PBH, 2007b).

Segundo o secretário municipal de saúde, quase todos os procedimentos e consultas são desencadeados a partir da atenção primária mediante as centrais de marcação e regulação informatizadas, do monitoramento das filas de espera e da definição de prioridades clínicas. Estes mecanismos são operacionalizados por meio do SISREG, sistema de informação *on-line*, disponibilizado pelo DATASUS, para gerenciar e operar centrais de regulação desde a rede de atenção básica à rede especializada e hospitalar, visando à humanização dos serviços, ao maior controle dos fluxos e à otimização na utilização dos recursos.

O sistema é composto por um programa (*software*) que funciona com navegadores instalados em computadores conectados à Internet e por dois módulos independentes: a Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados e a Central de Internação Hospitalar (MS/DATASUS, 2006). A prefeitura de Belo Horizonte contrata uma empresa de informática que auxilia a SMSA no aperfeiçoamento do SISREG, o qual sofreu algumas modificações em função de necessidades locais.

Habilitada na Gestão Plena do Sistema pela NOB/96, a SMSA assume a função de gestor do sistema municipal de saúde com estruturas próprias para a regulação. A Gerência de Regulação e Atenção Hospitalar é responsável por toda a regulação da rede própria e conveniada, pelas centrais de regulação ou pelos complexos reguladores e está composta por oito subgerências: Apoio Operacional; Central de Internações; Marcação de Consultas (responsável pela regulação das consultas e exames especializados); Controle e Avaliação Ambulatorial e Hospitalar; Centro Municipal de Alta Complexidade; Tratamento Fora do Domicílio, que autoriza cirurgias eletivas e exames de média complexidade para 650 municípios do interior do estado de acordo com os parâmetros da Programação Pactuada e

Integrada (PPI) Assistencial; da Assessoria para acompanhamento da PPI; e da Gerência de Auditoria.

Além do controle e da avaliação tanto dos procedimentos ambulatoriais quanto dos hospitalares, o processamento das contas é função da Gerência de Regulação. No caso da atenção hospitalar, o município implementou a figura do supervisor hospitalar para o processamento e o pagamento. Atualmente são 73 supervisores que fazem análise prévia para autorização de 100% das internações hospitalares. Estes profissionais realizam controle e avaliação pré e pós-internação. Qualquer mudança executada pelo hospital deve ser autorizada pelo supervisor.

Ainda no âmbito da Gerência de Regulação e Atenção Hospitalar, o município criou o “gestor de contrato”, que faz parte da Gerência de Apoio Operacional: é um médico da SMSA que fica responsável por acompanhar e monitorar os contratos dos grandes hospitais da cidade no que se refere aos indicadores de desempenho e qualidade.

A oferta de alta complexidade atende a parâmetros da PPI e, neste aspecto, Belo Horizonte é referência para aproximadamente 650 municípios do interior do estado. A gerente de Regulação e Atenção Hospitalar diz que o município regula toda a porta de entrada para tratamentos oncológicos por meio do agendamento de consultas, radioterapia, quimioterapia, oncologia clínica e autorização das AIHs para procedimentos oncológicos cirúrgicos. O mesmo acontece em relação às cirurgias cardiovasculares. De acordo com a entrevistada há supervisão *in loco* para avaliação dos encaminhamentos à alta complexidade.

Outra estrutura da SMSA responsável pela coordenação da atenção secundária, principalmente por exames e consultas especializados, é a Gerência de Projetos Especiais, que mantém importante interface com a Central de Marcação de Consultas, vinculada à Gerência de Regulação e Atenção Hospitalar.

A Gerência de Urgência, que é responsável pelas Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs), pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e pelo transporte sanitário, também constitui uma gerência independente da regulação. Já os exames laboratoriais de patologia clínica estão sob a coordenação da Gerência de Apoio Diagnóstico.

1. ACESSO A CONSULTAS ESPECIALIZADAS

A forma mais frequente de acesso a consultas especializadas no município acontece por meio de encaminhamentos dos serviços de atenção básica para todas as especialidades. A marcação de consultas é feita dentro da própria unidade de saúde por meio do SISREG. Com base no pedido do médico, um funcionário administrativo insere a solicitação no sistema. Logo, a porta de entrada preferencial é o centro de saúde, e o encaminhamento ocorre por meio da solicitação do médico da equipe de saúde da família, do pediatra, do clínico ou do ginecologista, que também atuam na Unidade Básica de Saúde (UBS). Contudo, o acesso dos médicos de apoio a essas equipes só é realizado mediante encaminhamento do “generalista” da ESF dentro da própria unidade básica.

A incorporação de todas as especialidades oferecidas pelo município no SISREG é recente, tendo sido concluída em junho de 2006. As únicas exceções são as consultas muito urgentes, que não seguem o fluxo normal em função da gravidade do quadro clínico. Exames como endoscopia digestiva, teste ergométrico, ecocardiograma e *holter* ainda se encontravam em processo de inclusão no sistema no momento da pesquisa, em 2008, assim como a oferta de atenção especializada garantida por meio da PPI.

Anteriormente, as consultas e exames eram agendados por telefone ou por preenchimento manual de guias de “Tratamento Fora de Domicílio” no caso das cotas da PPI. No momento, o *call center* que funciona na Central de Marcação de Consultas atende aos, aproximadamente, 600 municípios do interior, cuja marcação de consultas e exames especializados definidos pela PPI são agendados em Belo Horizonte. Pretende-se também que toda oferta para os municípios do interior esteja informatizada. A central telefônica é utilizada pelos centros de saúde apenas nos casos contingenciais, em que há problemas para a operação do sistema informatizado.

Cada centro de saúde possui atualmente uma cota física de consultas especializadas, embora haja possibilidade de redistribuí-las no caso de haver excedente em alguma unidade. Em situações nas quais a solicitação excede a cota da unidade, o pedido entra automaticamente na fila de espera eletrônica, ou é encaminhado à central de regulação quando necessita de atendimento com maior rapidez. Nos dois casos, quando a consulta é agendada, o usuário é avisado por telefone ou, na maioria das vezes, pelo ACS em seu domicílio, a depender do processo de trabalho de cada equipe.

Além disso, segundo a coordenadora de Atenção Básica, foi pactuado que cada UBS tivesse uma comissão de regulação local para análise dos encaminhamentos. Por exemplo, no Centro de Saúde São Miguel Arcanjo, a comissão local de regulação é composta por uma médica clínica, a gerente da unidade e um técnico administrativo que analisam as solicitações feitas na unidade e, se for preciso, encaminham novamente para os médicos fazerem a classificação de risco. Tratando-se de um caso mais urgente, os médicos solicitantes fazem um relatório e o pedido de urgência é inserido no sistema. Já no Centro de Saúde São José são realizadas discussões periódicas chamadas “reuniões para regulação”, nas quais são apresentados os critérios para definição de prioridades clínicas a depender da patologia, por meio dos quais cada equipe irá definir seus encaminhamentos. Nesta unidade, a análise do prontuário e os relatos dos ACS também são considerados pela regulação local.

Quando o paciente é remetido à fila eletrônica, no próprio SISREG há uma classificação de risco em alto, médio ou baixo para definir o grau de prioridade do atendimento em função do diagnóstico clínico. A central de regulação recebe as agendas dos médicos especialistas, tanto dos prestadores privados quanto da rede própria. Após o cadastro de toda a oferta, as consultas especializadas são divididas em primeira consulta, retorno e consultas sob regulação, para serem utilizadas nos casos de prioridades clínicas. Estes casos são encaminhados para avaliação do médico regulador também por meio do SISREG, que possui um campo para registro dos dados clínicos, história da doença, evolução, resultados de exames já realizados e hipótese diagnóstica. Existindo várias classificações de alta prioridade, a seleção considera também o tempo de espera, ou seja, os pedidos inseridos no sistema com data mais antiga.

Conforme mencionado acima, nos casos em que há disponibilidade de cotas e oferta, a consulta especializada é marcada logo após o atendimento na UBS. Contudo, há centros de saúde que só realizam a marcação após receberem todos os pedidos, estabelecendo uma regulação interna, principalmente no caso das especialidades com maiores dificuldades de acesso. Logo, o percurso mais comum do usuário atendido na UBS e que necessita de consulta especializada é sair com a consulta já agendada ou aguardar que o centro de saúde agende e o informe posteriormente.

A distribuição das cotas para consultas especializadas obedece a critérios de risco social da população adscrita, definidas por meio do “Índice de Vulnerabilidade Social”, que considera aspectos sociais, econômicos, sanitários e de infraestrutura capazes de refletir a

qualidade de vida urbana. De acordo com o Índice, as populações são classificadas em elevado, médio ou baixo risco. Contudo, o acesso às consultas especializadas é definido pela necessidade clínica do paciente, conforme ressaltou a gerente da Central de Marcação de Consultas.

Concomitante à implantação do SISREG desenvolveu-se um trabalho de discussão sobre o conceito de regulação assistencial junto aos Distritos e centros de saúde. Segundo os gestores, em contexto de oferta limitada de recursos é necessário estabelecer prioridades até para que se possa garantir a equidade. Esta discussão é permanente nas UBS, nos distritos e em nível central. O primeiro a estabelecer critérios de priorização é o centro de saúde, depois o distrito e, por fim, a SMSA: *“Existem todas estas instâncias de regulação para garantir o acesso em um tempo oportuno e favorecer o restabelecimento da saúde, da autonomia e garantir a atenção integral”*.

Apenas os centros de saúde podem realizar encaminhamentos para a atenção especializada, contudo, quando o usuário já está sendo atendido em alguma unidade de referência, pode haver encaminhamento interno, dentro do próprio serviço. Ao ser agendada uma consulta especializada para um prestador contratado, o número gerado pelo sistema ou número da consulta autoriza que este prestador dê continuidade ao tratamento, solicitando, por exemplo, um exame para complementação diagnóstica. Processo similar acontece na rede própria, na qual o especialista pode solicitar apoio diagnóstico diretamente na unidade de referência, sem necessidade que o usuário retorne à UBS.

Existem consultas especializadas tanto em serviços próprios municipais quanto em serviços privados conveniados ou contratados. O município possui cinco unidades de atenção especializada, denominados Unidades de Referência Secundária (URS), formadas pelos antigos Postos de Assistência Médica (PAMs), que prestam atendimento também às cidades do interior. Além disso, em cada distrito de saúde estão sendo implantados Centros de Especialidades Médicas (CEM), com oferta de especialidades de maior demanda por atendimento, como: otorrinolaringologia, cardiologia, endocrinologia, dermatologia, ortopedia, mastologia e neurologia.

Os CEMs atendem somente referências da rede básica daquele distrito, ao contrário do que se observa para as URS, que atendem encaminhamentos de toda a rede. No momento da pesquisa, havia cinco CEMs implantados, com previsão de implantação de mais quatro até o início de 2009. Há também unidades para atendimento de agravos específicos, como o

Centro de Atenção ao Trabalhador (CEFAT), e cinco unidades de referência para DST/AIDS, das quais uma é infantil.

A maior parte da oferta de média complexidade é prestada pela rede própria municipal, ao contrário do que acontece, por exemplo, em relação aos leitos hospitalares, cuja maior parte é contratada. As especialidades disponíveis nos serviços de referência são: alergologia, andrologia, angiologia, cardiologia, dermatologia, endocrinologia, geriatria, fisioterapia, gastroenterologia, ginecologia, hematologia, mastologia, nefrologia, odontologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia, proctologia, reumatologia, sexologia e urologia.

Com exceção das especialidades de pediatria, gineco-obstetrícia, psiquiatria e psicoterapia, que fazem parte da atenção básica, todas as demais são reguladas pela central de marcação de consultas. A oncologia é regulada pela Central de Alta Complexidade e a fisioterapia pertence às estruturas da rede de reabilitação, cujos fluxos são distintos.

De acordo com a gerente da Central de Marcação de Consultas, há alguma fila de espera, pequena, média ou grande, para todas as especialidades reguladas pela central. O próprio sistema de marcação se encarrega de, na medida em que há oferta, retirar os pacientes da fila. A entrevistada informa que consta no Relatório de Gestão, no ano de 2007, que, em até 30 dias, mais de 80% dos usuários saíram da fila de espera para consultas especializadas e em 60 dias, mais de 90%. Contudo, observa-se variação do tempo de espera por especialidade. Para cardiologia adulta, por exemplo, a Gerência da Central de Marcação de Consultas estima que 75% das consultas sejam realizadas em até 30 dias e 82%, em até 60 dias.

Se é um caso prioritário, não deve haver espera alguma, ressaltou a gerente da Central de Marcação de Consultas: “*Consideramos que quem está na fila, aguardando, é quem pode aguardar, porque, quem não pode, a unidade básica tem que priorizar*”. Esta seria a parte “humana” do trabalho, aquela que o sistema não é capaz de equalizar. Ainda assim, segundo o presidente do Sindicato dos Médicos de Minas Gerais, mesmo com os mecanismos de priorização, nem sempre é possível obter uma consulta via SISREG, sendo preciso que o médico, para conseguir uma, quase “*tenha que implorar*”.

Na percepção dos gerentes entrevistados, a maior fila de espera é para angiologia, principalmente porque não há qualificação da demanda, englobando desde os casos de

pequenas varizes aos mais graves, relatou a gerente da Central de Marcação de Consultas. Como é baixa a oferta desta especialidade, a fila cresce progressivamente.

Segundo a coordenadora de Atenção Básica haveria problemas também em relação à urologia e às especialidades odontológicas. Para as gerências locais de UBS, além da urologia, haveria filas de espera para cardiologia. Contudo, se for caso prioritário, como cardiopatia grave, as consultas são disponibilizadas em até cinco dias, pelo relato de uma gerente local. Para o Presidente do Sindicato dos Médicos de Minas Gerais, há filas de espera para cardiologia, urologia, neurocirurgia e otorrino para cirurgia infantil.

As filas de espera são monitoradas *on-line*. A qualquer momento é possível entrar no SISREG e gerar relatórios, o que permite fazer os arranjos necessários e negociar a oferta. Estes relatórios estão disponíveis também para a gerência das UBS. Por meio do SISREG é possível identificar igualmente quais são os centros de saúde que mais solicitam consultas em determinados tipos de especialidades.

Com a finalidade de aumentar a oferta de algumas especialidades com maior demanda, o município tem realizado concurso público para contratação de profissionais ou mesmo comprado serviços da rede privada. Ainda assim, em alguns casos, por uma questão de mercado, de oferta restrita em algumas especialidades ou pela remuneração oferecida pela tabela SUS, a dificuldade para contratação permanece. Como exemplo, a coordenadora de Atenção Básica cita a urologia, especialidade para a qual a demanda é cada vez maior e a oferta insuficiente.

Para o representante do Sindicato Médico, a impossibilidade de encaminhamento a algumas especialidades é grande fator de frustração para o profissional da atenção básica: *“não há nada mais frustrante para um médico do que fazer uma hipótese diagnóstica, ter toda uma linha de raciocínio definida e não conseguir dar encaminhamento a um caso em que se poderia, de fato, salvar uma vida. Esta é uma questão bem complexa, até mesmo para a autoestima do profissional, que não consegue ver seu trabalho andar para frente”*.

Outra dificuldade para garantia da atenção especializada seria a “resolutividade” da atenção prestada. Segundo a coordenadora de Atenção Básica, *“às vezes, o paciente vai à especializada e volta do mesmo jeito. Aí é encaminhado novamente e volta do mesmo jeito. Pode-se considerar que há um problema quanto à efetividade do sistema como um todo. Nesses casos, se a Atenção Básica fosse no limite de sua capacidade e a atenção secundária também, possivelmente estaríamos em uma situação melhor”*. A baixa oferta

dos exames de média complexidade também colabora para o estrangulamento da média complexidade.

Segundo a gerente da Central de Marcação de Consultas, um importante desafio é garantir a qualidade da regulação, o que, por 15 anos, foi uma função do nível central e agora é compartilhada e descentralizada para as 145 UBS do município. Estas seriam dificuldades pertinentes à transformação das funções de marcação para as de regulação, o que vem exigindo ajustes internos, de pessoal e de infraestrutura.

Um dos problemas observados, neste sentido, são os registros dos encaminhamentos, ao se analisar, por exemplo, a justificativa clínica, a redação e os critérios de priorização, deduz-se que tenham sido feitos por pessoal administrativo. A gerente de Projetos Especiais afirma que há problemas na qualidade das referências preenchidas pelos médicos da Atenção Básica, embora dois estudos desenvolvidos a partir de 2003 tenham demonstrado melhorias nos registros, fato corroborado por relato de uma gerente de UBS.

O absenteísmo dos pacientes às consultas, em torno de 21%, também foi citado como uma dificuldade pela gerente da Central de Marcação de Consultas. Pelos relatos de gerentes locais de UBS, as faltas às consultas e aos exames, às vezes, são motivadas pela dificuldade de acesso e as condições financeiras dos usuários, que não dispõem de recursos para o transporte, embora esta situação tenha melhorado com a implantação dos CEMs, uma vez que se pode chegar a pé, dependendo do bairro.

Em resumo, os mecanismos utilizados para organizar as referências para consultas especializadas no município de Belo Horizonte são: existência de serviços responsáveis pela marcação de consultas, formulário de encaminhamento para o atendimento na unidade referenciada, agendamento prévio na unidade que encaminha o paciente e distribuição de cotas de consultas especializadas por UBS. Entre as estratégias adotadas para a regulação das referências encontram-se: definição de prioridades clínicas ou cirúrgicas, existência de médico autorizador ou regulador e acompanhamento das filas de espera. Os protocolos clínicos também são considerados estratégias para regulação das referências, embora a não utilização tenha sido mencionada como problema para o encaminhamento à atenção especializada.

A gerente da Central de Marcação de Consultas comenta que, em tese, os mecanismos de contrarreferência estão estabelecidos. Contudo, considera que, em função da vinculação histórica com a atenção especializada, muitas vezes, o paciente não entrega a

contrarreferência, porque quer continuar o tratamento com o especialista. Apesar do discurso de a atenção primária ser a coordenadora do cuidado, não havia historicamente muitos profissionais na atenção básica e, além disso, no imaginário social há vinculação com a atenção especializada: *“Fazer essa passagem da especialidade para a atenção básica, para pacientes que estão apegados à atenção secundária, não é muito fácil”*.

O secretário municipal de saúde comenta que as estratégias mais adequadas para garantir o retorno dos usuários às ESFs ainda não são consensuais e estão por ser descobertas, uma vez que, por um lado, pode-se burocratizar a vida do usuário, fazendo com que tenha que voltar sempre ao generalista para pedir novo retorno e, por outro, pode-se reforçar a tradição histórica da medicina pública e privada, que é fixar o usuário ao especialista: *“a questão dos retornos é um dilema atual na gestão da atenção especializada”*.

Ainda neste sentido, a coordenadora de Atenção Básica aponta a baixa comunicação e o isolamento entre os médicos da atenção secundária e da atenção básica. Os especialistas ainda permanecem em estruturas isoladas dos demais serviços que compõem a rede e, muitas vezes, não reconhecem e desqualificam o trabalho do generalista.

Para enfrentar estes desafios, a SMSA vem implementando estratégias que visam definir os casos que serão acompanhados pela Atenção Básica em Saúde (ABS) e pela atenção especializada. O projeto começou com os “cuidados prolongados em cardiologia” e, para o 2º semestre, pretende-se ampliar para a nefrologia. O objetivo é, além de definir o que é de responsabilidade da atenção primária e da atenção secundária, monitorar os projetos terapêuticos.

Não há prática sistemática de análise dos encaminhamentos feitos pelo Saúde da Família por parte da SMSA. Contudo, análises pontuais, por exemplo, das filas eletrônicas, permitem observar a concentração de referências em determinadas UBS, dados estes debatidos junto aos distritos.

A gerente de Projetos Especiais ressaltou que não é observado grande percentual de encaminhamentos por parte dos médicos da Estratégia Saúde da Família. De acordo com a entrevistada, os médicos de apoio, clínicos, pediatras e ginecologistas apresentam maior percentual de encaminhamento quando comparado aos médicos do PSF. Uma das explicações sugere que os casos atendidos por estes profissionais talvez sejam mais complexos do que aqueles atendidos pela equipe de saúde da família. De acordo com a

gerente da Central de Marcação de Consultas, o campo da regulação da atenção especializada ainda é um terreno muito novo e as discussões, recentes.

Acesso das famílias usuárias da ESF à atenção especializada segundo profissionais e famílias

Para analisar o acesso das famílias cadastradas à atenção especializada, os questionários aplicados a profissionais e famílias abordaram : o percurso mais comum do usuário desde o encaminhamento da estratégia Saúde da Família, a utilização de normas e de procedimentos para referência e contrarreferência pelos profissionais, a existência de central de marcação de consultas, realização de agendamento para outros serviços, tempo médio de espera, resolutividade do atendimento, tipo de serviços de saúde utilizado para referência, modo de encaminhamento e consecução do atendimento pelo especialista.

Quando um paciente é atendido na unidade básica de saúde e precisa ser encaminhado para consulta especializada em Belo Horizonte, o percurso mais comum é o agendamento feito pelo próprio centro de saúde e a data é informada posteriormente ao paciente, segundo 96% dos médicos e enfermeiros entrevistados.

Tabela 1 – D2 Percurso mais comum quando um paciente é atendido na unidade básica de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, informado por médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Percurso	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
O paciente sai da unidade com a consulta agendada	2	2,8	-	-	2	1,4
A consulta é agendada pela unidade básica de saúde e a data é posteriormente informada ao paciente	69	95,8	72	96,0	141	95,9
A consulta é agendada pelo próprio paciente junto à central de marcação	-	-	1	1,3	1	0,7
O paciente recebe uma ficha de encaminhamento e deve se dirigir a qualquer unidade especializada	-	-	-	-	-	-
O paciente recebe uma ficha de encaminhamento, sendo orientado pelo médico a procurar determinado serviço ou profissional	1	1,4	2	2,7	3	2,0
Não há percurso definido	-	-	-	-	-	-
Não sabe informar	-	-	-	-	-	-
Total	72	100,0	75	100,0	147	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

O modo de encaminhamento e de agendamento da consulta com especialista foi confirmado pelos usuários. A maioria dos entrevistados (63%) informou que a consulta com especialista realizada nos últimos doze meses foi agendada pelo Posto/Unidade de

saúde da família. Cerca de 19% dos 324 entrevistados que consultaram o especialista nos últimos doze meses afirmaram que o procuraram por conta própria, sem qualquer encaminhamento; nesses casos, em geral, acessaram-no via planos privados de saúde.

Tabela 2 – E27 Modo de encaminhamento do paciente para consulta com especialista nos últimos doze meses, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Modo de encaminhamento	n	%
A consulta com especialista foi agendada pelo Posto/Unidade de Saúde da Família	205	63,3
O(a) Sr.(a) agendou a consulta na central de marcação	11	3,4
O(a) Sr.(a) recebeu uma ficha de encaminhamento e agendou a consulta no serviço indicado pelo Posto/Unidade de Saúde da Família	6	1,9
O(a) Sr.(a) recebeu uma ficha de encaminhamento e procurou por conta própria um serviço de saúde	5	1,5
Foi dito que o(a) Sr.(a) necessitava consultar especialista, mas não recebeu ficha de encaminhamento	2	0,6
Não foi encaminhado pela ESF/ Encaminhado por outro serviço	5	1,5
Procurou por conta própria sem qualquer encaminhamento	63	19,4
Foi encaminhado por médico, clínica ou ambulatório particular	20	6,2
Outro*	7	2,2
Total	324	100,0

Observação: n = 324 entrevistados que realizaram consulta com especialista nos últimos 12 meses.

*Outros modos de encaminhamento para a consulta com especialista nos últimos 12 meses: Encaminhado pelo ambulatório; Encaminhado por outro médico; O cônjuge marcou a consulta; O irmão conseguiu a consulta; Passou primeiro no cardiologista; Urgência médica.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

A maioria dos médicos (82%) e dos enfermeiros (85%) informou que os profissionais de saúde de sua unidade recorrem, sempre ou na maioria das vezes, às normas definidas para referência e contrarreferência. Apenas 18% e 14% desses profissionais, respectivamente, referiram que poucas vezes ou nunca utilizam as normas definidas para referência.

Na avaliação de 68% dos médicos, os profissionais de atenção básica discutem com o usuário/cliente ou indicam os possíveis lugares de atendimento, sempre ou na maioria das vezes, quando este precisa ser referido a outros serviços. Para 32%, poucas vezes ou nunca, os profissionais de atenção básica discutem com os usuários o local de referência.

Já entre enfermeiros, 82% indicaram que, sempre ou na maioria das vezes, quando um usuário/cliente precisa ser referido a outros serviços, os profissionais de atenção básica discutem com ele ou indicam os possíveis lugares de atendimento.

Tabela 3 – D7 D8 Frequência de uso de normas e procedimentos para referência informada por Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Normas e procedimentos	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Médicos										
D7 Frequência de uso pelos profissionais de saúde na sua unidade de normas definidas para referência e contrarreferência	20	27,8	39	54,2	12	16,7	1	1,4	72	100,0
D8 Quando um usuário/cliente precisar ser referido a outros serviços, os profissionais de atenção básica discutem com ele ou indicam os possíveis lugares de atendimento	23	31,9	26	36,1	14	19,4	9	12,5	72	100,0
Enfermeiros										
D7 Frequência de uso pelos profissionais de saúde de sua unidade de normas definidas para referência e contrarreferência	28	37,3	36	48,0	10	13,3	1	1,3	75	100,0
D8 Quando um usuário/cliente precisar ser referido a outros serviços, os profissionais de atenção básica discutem com ele ou indicam os possíveis lugares de atendimento	35	46,7	26	34,7	7	9,3	7	9,3	75	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Entre as famílias com alguma experiência de encaminhamento, 77%¹ relataram receber informações por escrito dos profissionais da ESF sobre o seu problema de saúde quando encaminhadas ao especialista. Já 23% disseram que os profissionais do Posto/Unidade de Saúde da Família não fornecem informações por escrito quando são encaminhadas ao especialista.

Tabela 4 – E20 Fornecimento de informações por escrito pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família no encaminhamento ao especialista segundo famílias cadastradas, Belo Horizonte (MG), 2008

Informações por escrito	n	%
Sim	448	63,0
Não	134	18,8
Nunca precisou ser encaminhado	75	10,5
Não respondeu	54	7,6
Total	711	100,0

Observação: n = 711 famílias com integrante que teve experiência de atendimento pela Estratégia Saúde da Família.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

¹ 448/582 famílias com alguma experiência de encaminhamento ao especialista pela ESF.

A contrarreferência formalizada é um pouco menos frequente. Como se pode observar na tabela a seguir, no caso de o usuário ou alguém de sua família ser encaminhado ao especialista, cerca de 42% dos entrevistados informaram retornar ao Posto/Unidade de Saúde da Família com informações por escrito sobre o resultado da consulta. Se considerados apenas aqueles que já foram encaminhados,² este percentual alcança 52%, o que pode ser visto como uma elevada proporção de pacientes que recebe documentação de contrarreferência do especialista.

Tabela 5 E21 Contrarreferência dos especialistas para Equipe de Saúde da Família segundo famílias cadastradas, Belo Horizonte (MG), 2008

Informações por escrito	n	%
Sim	301	42,3
Não	278	39,1
Nunca precisou ser encaminhado	75	10,5
Não respondeu	57	8,0
Total	711	100,0

Observação: n = 711 famílias com integrante que teve experiência de atendimento pela Estratégia Saúde da Família.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Quase a totalidade dos médicos e enfermeiros entrevistados afirmou que existe uma central de marcação de consultas especializadas no município de Belo Horizonte, confirmando a informação dos gestores sobre esta ferramenta de regulação.

Tabela 6 – D9 Existência de uma central de marcação de consultas especializadas informado pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Central de Marcação	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	72	100,0	74	98,7	146	99,3
Não	-	-	1	1,3	1	0,7
Total	72	100,0	75	100,0	147	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Em relação à frequência de agendamento para outros serviços, 81% dos médicos afirmaram conseguir agendar para os ambulatórios de média complexidade sempre ou na maioria das vezes. No que se refere ao serviço de apoio diagnóstico, 56% destes profissionais relataram obter este agendamento. Mais da metade dos médicos informaram sempre conseguir o agendamento para maternidade e um terço disse conseguir na maioria

² Respostas de 301/579 famílias com alguma experiência de encaminhamento ao especialista pela ESF que responderam a questão.

das vezes, totalizando 86% de respostas afirmativas entre médicos. Para procedimentos de alta complexidade/alto custo e para serviços de internação, 49% dos médicos referiram que poucas vezes ou nunca conseguem agendar, o que sugere esta não ser sua atribuição rotineira.

Entre os enfermeiros, 60% informaram que sempre ou na maioria das vezes obtêm agendamento para serviços ambulatoriais de média complexidade, apoio diagnóstico e terapia. Verificou-se também que 41% dos entrevistados relataram poder agendar procedimentos de alta complexidade/alto custo poucas vezes ou nunca. Para os serviços de maternidade, 39% destes profissionais disseram que sempre conseguem agendamento e 35%, na maioria das vezes, totalizando 74%. Cerca de um quarto dos enfermeiros não soube informar a frequência de agendamentos, indicando que não seriam atribuições rotineiras suas.

Tabela 7 – D15 Frequência com que conseguem realizar o agendamento para outros serviços segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Tipo de serviço	Médico										Enfermeiro									
	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Não sabe		Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Ambulatórios de média complexidade	4	5,6	54	75,0	10	13,9	1	1,4	3	4,2	9	12,0	36	48,0	11	14,7	2	2,7	17	22,7
b) Procedimentos de alta complexidade/alto custo	3	4,2	25	34,7	30	41,7	5	6,9	9	12,5	2	2,7	22	29,3	21	28,0	10	13,3	20	26,7
c) Serviço de apoio diagnóstico e terapia	5	6,9	35	48,6	23	31,9	3	4,2	6	8,3	10	13,3	35	46,7	10	13,3	5	6,7	15	20,0
d) Maternidade	38	52,8	24	33,3	5	6,9	2	2,8	3	4,2	29	38,7	26	34,7	6	8,0	2	2,7	12	16,0
e) Internações	7	9,7	17	23,6	22	30,6	13	18,1	13	18,1	7	9,3	22	29,3	10	13,3	15	20,0	21	28,0

Observação: n= 72 médicos e n=75 enfermeiros.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Tabela 8 – D15 Frequência com que conseguem realizar o agendamento para outros serviços segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008 – Total

Tipo de serviço	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Não sabe		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Ambulatórios de média complexidade	13	8,8	90	61,2	21	14,3	3	2,0	20	13,6	147	100,0
b) Procedimentos de alta complexidade/alto custo	5	3,4	47	32,0	51	34,7	15	10,2	29	19,7	147	100,0
c) Serviço de Apoio diagnóstico e terapia	15	10,2	70	47,6	33	22,4	8	5,4	21	14,3	147	100,0
d) Maternidade	67	45,6	50	34,0	11	7,5	4	2,7	15	10,2	147	100,0
e) Internações	14	9,5	39	26,5	32	21,8	28	19,0	34	23,1	147	100,0

Observação: n= 72 médicos e n=75 enfermeiros.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Perguntados quanto ao tempo médio de espera do paciente referenciado para outros níveis de complexidade, mais de 60% dos médicos estimaram três meses e mais para os serviços de consultas especializadas, de cardiologia e de internações para cirurgia eletiva. Para diagnose e terapia, os tempos estimados de espera foram menores. Para exames de radiologia e ultrassom, 38% dos médicos estimaram o tempo médio de espera em até três meses. Os melhores resultados foram para exames de patologia clínica: 60% informaram tempo médio de espera de até três semanas.

Quanto aos enfermeiros, 51% não souberam informar o tempo médio de espera estimado do paciente no caso de internações para cirurgia eletiva, o que indica não ser esta uma atribuição destes profissionais. Para consultas especializadas e de cardiologia, o tempo médio de espera estimado foi de três meses e mais. Cerca de 68% destes profissionais consideraram o tempo médio de espera de até três semanas para os exames de patologia clínica. Já 19% não souberam relatar o tempo médio de espera para o caso de exames de radiologia e ultrassom.

Nas estimativas do conjunto dos profissionais, pouco mais de 50% do total de médicos e enfermeiros informaram o tempo médio de espera do paciente de três meses e mais para consultas especializadas, consultas de cardiologia e de internações para cirurgia eletiva,. Para os exames de radiologia e ultrassom, 42% informaram espera de até um mês. No caso dos exames de patologia clínica, 64% do total dos profissionais relataram tempo médio de espera de até três semanas, indicando menores dificuldades de acesso.

Tabela 9 – D16 Tempo médio de espera do paciente referenciado para os outros níveis de complexidade estimado por Médicos, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Tipo de serviço	Médico													
	1 a 2 dias		3 a 7 dias		1 a 3 semanas		1 mês		2 meses		3 meses e mais		Não sabe informar	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Consultas especializadas	-	-	1	1,4	1	1,4	6	8,3	12	16,7	44	61,1	8	11,1
Consultas de cardiologia	-	-	-	-	-	-	8	11,1	13	18,1	45	62,5	6	8,3
Exames Patologia clínica	5	6,9	12	16,7	26	36,1	14	19,4	5	6,9	2	2,8	8	11,1
Exames Radiologia e ultrassom	2	2,8	8	11,1	8	11,1	9	12,5	13	18,1	26	36,1	6	8,3
Internações para cirurgia eletiva	-	-	-	-	2	2,8	1	1,4	6	8,3	44	61,1	19	26,4

Observação: n= 72 médicos e n=75 enfermeiros.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Tabela 10 – D16 Tempo médio de espera do paciente referenciado para os outros níveis de complexidade estimado por Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Tipo de Serviço	Enfermeiro													
	1 a 2 dias		3 a 7 dias		1 a 3 semanas		1 mês		2 meses		3 meses e mais		Não sabe informar	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Consultas especializadas	-	-	-	-	3	4,0	9	12,0	9	12,0	34	45,3	20	26,7
Consultas de cardiologia	1	1,3	1	1,3	2	2,7	6	8,0	10	13,3	32	42,7	23	30,7
Exames patologia clínica	11	14,7	19	25,3	21	28,0	12	16,0	-	-	-	-	12	16,0
Exames radiologia e ultrassom	7	9,3	7	9,3	11	14,7	10	13,3	12	16,0	14	18,7	14	18,7
Internações para cirurgia eletiva	-	-	1	1,3	1	1,3	3	4,0	2	2,7	30	40,0	38	50,7

Observação: n= 72 médicos e n=75 enfermeiros.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Tabela 11 – D16 Tempo médio de espera do paciente referenciado para os outros níveis de complexidade estimado por Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família Belo Horizonte (MG), 2008 - TOTAL

Tipo de serviço	1 a 2 dias		3 a 7 dias		1 a 3 semanas		1 mês		2 meses		3 meses e mais		Não sabe informar		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Consultas especializadas	-	-	1	0,7	4	2,7	15	10,2	21	14,3	78	53,1	28	19,0	-
Consultas de cardiologia	1	0,7	1	0,7	2	1,4	14	9,5	23	15,6	77	52,4	29	19,7	-	-
Exames Patologia clínica	16	10,9	31	21,1	47	32,0	26	17,7	5	3,4	2	1,4	20	13,6	-	-
Exames Radiologia e ultrassom	9	6,1	15	10,2	19	12,9	19	12,9	25	17,0	40	27,2	20	13,6	-	-
Internações para cirurgia eletiva	-	-	1	0,7	3	2,0	4	2,7	8	5,4	74	50,3	57	38,8	-	-

Observação: n= 72 médicos e n=75 enfermeiros.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Às famílias entrevistadas que têm integrantes com experiência de atendimento pela ESF foi perguntado sobre a resolutividade do atendimento e a necessidade de encaminhamento para o especialista. A maioria das famílias (61%) informou resolver o problema de saúde neste atendimento, no entanto 33% relataram ser necessário procurar um especialista para a resolução dos seus problemas.

Tabela 12 – E19 Resolutividade do atendimento e necessidade de encaminhamento para especialista segundo famílias cadastradas, Estratégia Saúde de Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Encaminhamento para especialista	n	%
Conseguem resolver o problema de saúde neste atendimento.	430	60,5
Precisam procurar um especialista	231	32,5
Não respondeu	50	7,0
Total	711	100,0

Observação: n = 711 famílias com integrante que teve experiência de atendimento pela Estratégia Saúde da Família.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Na experiência recente de atendimento, a proporção de encaminhamentos é similar. Entre as famílias entrevistadas, 56% relataram não terem sido atendidas pelo médico da equipe de saúde da família nos últimos trinta dias. Dos 314 respondentes que afirmaram que ele ou alguém de sua família fora atendido pelo médico da ESF, 68% informaram que não houve necessidade de encaminhamento para outro serviço de saúde, enquanto que 32% disseram que foram encaminhados a outro serviço ou profissional nesse atendimento.

Tabela 13 – E22 Necessidade de encaminhamento para outro serviço de saúde ou outro profissional em atendimento feito por médico da Equipe de Saúde da Família nos últimos trinta dias segundo famílias cadastradas, Belo Horizonte (MG), 2008

Encaminhamento para especialistas	n	%
Sim	101	14,2
Não	213	30,0
Ninguém da família foi atendido pelo médico do SF nos últimos 30 dias	395	55,6
Não respondeu	2	0,3
Total	711	100,0

Observação: n = 711 famílias com integrante que teve experiência de atendimento pela Estratégia Saúde da Família.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Considerando apenas os encaminhamentos para especialistas e internação ou cirurgia, observou-se um percentual de 26% de encaminhamentos nos atendimentos de famílias nos últimos trinta dias.

Tabela 14 – E23 Motivos do encaminhamento pelo médico da Equipe de Saúde da Família nos últimos trinta dias segundo famílias cadastradas, Belo Horizonte (MG), 2008

Motivos do encaminhamento	n	%
Consulta médica com especialista	72	71,3
Exames	29	28,7
Internação ou cirurgia	10	9,9
Outro motivo	3	3,0

Observação: n = 101 famílias com integrante atendido por médico da ESF nos últimos 30 dias e encaminhado para outro serviço de saúde ou profissional.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

A maioria dos entrevistados (54%) declarou não ter ido a especialista ou a clínica especializada para fazer consulta nos últimos doze meses, enquanto que 46% destes informaram que procuraram um especialista para consulta.

Tabela 15 – E24 Consulta do entrevistado com especialista nos últimos doze meses, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Consulta com especialista	n	%
Sim	324	45,6
Não	386	54,3
Não respondeu	1	0,1
Total	711	100,0

Observação: n = 711 famílias com integrante que teve experiência de atendimento pela Estratégia Saúde da Família.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

No que se refere a essa consulta com o especialista, 67% dos entrevistados informaram que o encaminhamento foi feito pelo Posto/Unidade de Saúde da Família e 33% responderam que o encaminhamento para a consulta não foi realizado por meio da UBS.

Tabela 16– E25 Encaminhamento para consulta com especialista realizado por Equipe de Saúde da Família nos últimos doze meses segundo entrevistados, Belo Horizonte (MG), 2008

Encaminhamento para especialista pela ESF	n	%
Sim	216	66,7
Não	107	33,0
Não respondeu	1	0,3
Total	324	100,0

Observação: n = 324 entrevistados que realizaram consulta com especialista nos últimos 12 meses.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

As consultas com especialistas foram realizadas em diferentes tipos de unidades. Cerca de 31% dos entrevistados informaram que foram encaminhados ou consultaram o especialista

nos últimos doze meses em Policlínicas ou Postos de Assistência Médica (PAMs) do SUS. Já 24% dos entrevistados foram encaminhados para o ambulatório de hospital público, enquanto que outros 15% utilizaram ambulatório ou consultório de clínica ou hospital privado. Cerca de 11% dos entrevistados foram encaminhados a Posto ou Centro de Saúde do SUS e outros 11% utilizaram consultório particular para consulta especializada nos últimos doze meses.

Tabela 17 – E26 Tipo de serviço de saúde para o qual o entrevistado foi encaminhado ou consultou com especialista nos últimos doze meses, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Tipos de serviços de saúde	n	%
Posto ou Centro de Saúde do SUS	36	11,1
Policlínica ou PAM (Posto de Assistência Médica) do SUS	99	30,6
Ambulatório de hospital público	79	24,4
Ambulatório ou consultório de clínica ou hospital privado	48	14,8
Pronto-socorro ou emergência públicos	15	4,6
Pronto-socorro ou emergência privados	3	0,9
Consultório particular	36	11,1
Outro*	8	2,5
Total	324	100,0

Observação: n = 324 entrevistados que realizaram consulta com especialista nos últimos 12 meses.

*Outros tipos de serviço de saúde para os quais o entrevistado foi encaminhado ou consultou com especialista nos últimos 12 meses: CGP - n=1; Clínica (não sabe se é particular) - n=1; Convênio FUSEX Hospital Exército - n=1; Hospital da Polícia Civil - n=1; Não foi encaminhada pelo posto - n=1; O médico vai nas casas - n=1; Não respondeu - n=2.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

No que diz respeito ao efetivo atendimento pelo especialista a partir do encaminhamento nos últimos 12 meses, 74% dos entrevistados relataram o atendimento pelo especialista e 19% dos usuários mencionaram ter procurado o especialista por conta própria sem qualquer encaminhamento.

Tabela 18 – E28 Usuários que conseguiram ser atendidos pelo especialista a partir de encaminhamento realizado nos últimos doze meses, Belo Horizonte (MG), 2008

Atendimento pelo especialista	n	%
Sim	241	74,4
Não	8	2,5
Procurou por conta própria	62	19,1
Não respondeu	13	4,0
Total	324	100,0

Observação: n = 324 entrevistados que realizaram consulta com especialista nos últimos 12 meses.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

O intervalo de tempo transcorrido entre o encaminhamento pela equipe de saúde da família e a realização da consulta pelo especialista, na experiência dos usuários, foi um pouco melhor do que o estimado pelos profissionais: 30% dos entrevistados informaram que realizaram a consulta em até 14 dias; para 58%, o tempo máximo transcorrido foi de até 30 dias, enquanto que 28% relataram intervalo de tempo maior de 60 dias.

Tabela 19 – E29 Intervalo de tempo transcorrido entre encaminhamento pela Equipe de Saúde da Família e realização da consulta por especialista, Belo Horizonte (MG), 2008

Intervalo de tempo	n	%	Frequência acumulada
	18	7,5	7,5
1 a 7 dias	40	16,6	24,1
8 a 14 dias	15	6,2	30,3
15 a 30 dias	67	27,8	58,1
31 a 60 dias	24	10,0	68,1
61 a 90 dias	27	11,2	79,3
91 e mais dias	41	17,0	96,3
Não respondeu	9	3,7	3,7
Total	241	100,0	100,0

n= 241 entrevistados encaminhados pela ESF e atendidos pelo especialista.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

2. ACESSO AOS SERVIÇOS DE APOIO À DIAGNOSE E TERAPIA

Os Centros de Saúde municipais possuem postos para coletas de material para análises clínicas, como hematologia básica, parasitologia e exames urinários. Em geral, o material biológico é coletado pela manhã, nas primeiras horas, embora as unidades tenham rotina própria. Todo o material dos exames de rotina coletado nas unidades básicas é enviado aos laboratórios de referência, que podem atender a mais de um distrito.

Para os exames hormonais há um laboratório municipal de referência. Mesmo os exames que não são feitos em rede própria ou que são solicitados pelo especialista, são coletados nos centros de saúde e enviados ao prestador contratado. A gerente de Apoio Diagnóstico diz que o usuário só se desloca para o prestador quando necessita realizar um exame que exige preparo especial, como, por exemplo, dosagem de controle de barbitúrico.

Nos centros de saúde que já estão informatizados, o usuário leva a solicitação do médico até a recepção e agenda a coleta. Há um sistema informatizado, criado pelo próprio município em 2005, para controlar o envio do material ao laboratório e o recebimento dos resultados. Do mesmo modo, existe uma logística de transporte para a coleta dos materiais

nas UBS e sua entrega nos laboratórios distritais, onde se faz a conferência dos materiais recebidos.

Os resultados dos exames feitos na rede própria são encaminhados *online* para os centros de saúde, que possuem uma senha com a qual podem acompanhar sua liberação. A informatização deste processo é considerada estratégia importante para melhorar a resolutividade da Atenção Básica.

A gerente de Apoio Diagnóstico comenta que um dos grandes problemas anteriormente observados era que, embora os exames fossem realizados com agilidade, havia bastante demora no retorno dos resultados, o que fazia com que o usuário fosse várias vezes à unidade. Atualmente, a maioria dos resultados dos exames básicos está disponível em até 48 horas. Os únicos exames cujos resultados são devolvidos ao centro de saúde de forma impressa são aqueles realizados na rede privada. Nestes casos, são encaminhados ao laboratório distrital, que se responsabiliza pelo envio à UBS. Comumente, as equipes de saúde da família estabelecem turnos disponíveis para recebimento dos resultados dos exames e, nos casos necessários, realização da consulta de retorno.

Os exames de patologia clínica, embora não regulados pelo SISREG, também possuem fluxos estabelecidos. Como há uma rede própria municipal bastante grande e estruturada, atende a quase todas as solicitações. Para os exames encaminhados aos prestadores contratados há uma cota controlada pelos laboratórios distritais, que se responsabilizam pela coleta do material e entrega dos resultados aos centros de saúde.

Apesar da realização de quase todas as solicitações de exames de patologia clínica, haveria necessidade de avançar na capacidade de regulação não só em relação à quantidade, mas, principalmente, em relação à qualidade, à pertinência do que é solicitado, destaca a gerente de Apoio Diagnóstico.

Embora não exista um trabalho sistemático de acompanhamento dos exames de patologia clínica solicitados pelos centros de saúde, os gerentes dos laboratórios observam excesso ou inadequação em relação ao pedido de alguns procedimentos. Neste sentido, a Gerência de Apoio Diagnóstico dá suporte aos centros de saúde com informações sobre os fluxos, impressão de exames, procedimentos para a coleta de materiais e quantidade de exames mensais por distritos.

Ainda que, praticamente, não haja fila de espera para patologia clínica, um desafio importante da garantia da qualidade destes exames é a gestão dos postos de coleta, que estão sob a coordenação da gerência das unidades básicas de saúde.

De acordo com a gerente de Apoio Diagnóstico, em função da rotatividade dos auxiliares de enfermagem responsáveis pela coleta dos materiais há constante necessidade de capacitação e de circulação das informações sobre os fluxos e as regras para a adequada coleta dos materiais. Desta forma, para que toda esta rede funcione, deve haver uma relação muito próxima entre a Gerência de Apoio Diagnóstico e os distritos.

Outra dificuldade para a melhor integração da Estratégia Saúde da Família à rede de apoio diagnóstico é a gestão da logística indispensável para fazer com que os fluxos possam funcionar desde os centros de saúde até os laboratórios distritais e a rede contratada. A provisão de material para toda a rede, que é bastante extensa em um grande município como Belo Horizonte, exige o acompanhamento das compras de material de consumo, de material permanente e de insumos de informática.

Uma das mudanças na Gerência de Apoio Diagnóstico provocada pela Estratégia Saúde da Família foi a realocação do laboratório municipal, que funcionava em antigas instalações do INAMPS, para nova unidade, onde estão em atividade também outros serviços, como um centro de imagens e um centro de saúde, por meio de recursos advindos do PROESF entre 2004 e 2005.

Já os exames especializados estão sendo gradativamente incorporados ao SISREG. Até o momento, o eletrocardiograma, o eletroencefalograma, o ultrassom e a endoscopia foram incluídos neste sistema. Para aqueles cuja marcação ainda não é feita pelo sistema, existem cotas distritais que são distribuídas para os centros de saúde. Os médicos solicitam o exame e, na própria guia de encaminhamento, é etiquetado o local, dia e hora em que o usuário deverá se dirigir ao serviço de referência.

No caso de exames de alta complexidade, após a emissão do laudo médico, o usuário, um parente ou o administrativo da unidade de saúde se encarrega de entregar a documentação necessária no setor de autorização para procedimentos de alta complexidade ou alto custo na SMSA. Os médicos do Programa Saúde da Família podem solicitar alguns destes exames como, por exemplo, o teste ergométrico. Para os exames que competem somente à atenção secundária, há cotas nas Unidades de Referência Secundária (URS). A tendência é

que todos os exames, inclusive os de alta complexidade, sejam incluídos no SISREG e acessados do próprio centro de saúde.

Alguns exames especializados podem ser solicitados pelo médico das equipes de saúde da família, como, por exemplo, a mamografia. Já o ultrassom mamário apenas pode ser pedido pelo mastologista. Foram implantados protocolos clínicos nos centros de saúde nos quais constam os fluxos e os procedimentos para que o generalista possa requerer alguns tipos de exame. Nos casos dos de alta complexidade, que, em sua maioria, só podem ser solicitados pelos especialistas, o pedido tem que ser autorizado por uma comissão do próprio setor.

A Central de Marcação de Consultas e Exames inclui serviços próprios municipais, da rede estadual, filantrópica e da rede privada conveniada e contratada. É operada *on-line* para os procedimentos que estão no SISREG, mas por telefone e marcação manual a partir das cotas distritais nos demais casos. Há definição de serviços especializados de apoio diagnóstico e terapêutico para a atenção básica em todos os distritos de saúde, garantida já na formalização dos contratos.

As estratégias adotadas no município para regulação da referência para os serviços de apoio à diagnose e terapia incluem: definição de prioridade clínica, existência de médico autorizador ou regulador e acompanhamento das filas de espera. Entre os mecanismos utilizados para organizar as referências para exames e terapias encontram-se: serviços responsáveis pela marcação, formulário de encaminhamento para o atendimento na unidade referenciada, agendamento prévio na unidade que encaminha o paciente, distribuição de cotas de exames e terapias por UBS e a Programação Pactuada e Integrada.

Os exames de ultrassom para ginecologia e obstetrícia, mama e vias urinárias são feitos, em sua maioria, no Centro Municipal de Diagnóstico de Imagem, que realiza cerca de 4.500 exames/mês. Como a oferta para este procedimento ainda é insuficiente e mal remunerada pela tabela do SUS, está sendo construído um centro de especialidades metropolitano, no qual serão instalados mais oito equipamentos de ultrassom. Por ser exame muito solicitado, além dos serviços próprios, o município também compra este procedimento da rede privada. O problema é que, como o valor da tabela é baixo, segundo a coordenadora de Atenção Básica, os prestadores preferem vender os serviços para planos de saúde, cujo preço é melhor. Uma das soluções adotadas seria, por meio de recursos municipais, subsidiar os valores pagos pelo SUS, o que seria arriscado, em virtude de gerar

pressões por aumento também para outros procedimentos, conforme destacou a entrevistada.

Apesar das dificuldades, segundo a gerente da Central de Marcação de Consultas, o município de Belo Horizonte adota uma política para garantir o acesso à atenção secundária, mas o mesmo não é observado em relação ao Ministério da Saúde. Ressaltou que, por um lado, o gestor federal tem grande investimento na atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família, porém, por outro, também investe em alta complexidade. Contudo, “(...) *para a atenção especializada, ou seja, as consultas e exames, não haveria um projeto, um financiamento específico pelo nível federal*”.

Neste sentido, todos os investimentos para garantir o atendimento integral fazem parte das iniciativas e dos esforços do gestor municipal. Ressaltou ainda que, se não há atendimento adequado na média complexidade, o usuário poderá chegar à alta complexidade com seu problema de saúde bem mais agravado.

Para o representante do Sindicato Médico, as prefeituras têm que ter condições de garantir os serviços especializados, que é onde se localiza o “*gargalo*” do sistema de saúde. Como exemplo, cita que procedimentos de alta complexidade, como tomografias, ressonância e, até mesmo, hemodiálise, são conseguidos com relativa facilidade, o mesmo não sendo observado no caso de exames mais simples, de média complexidade.

Mesmo com a baixa oferta de alguns procedimentos, o que acarreta tempos de espera mais elevados, o município tem conseguido melhorar o acesso à atenção especializada com a criação dos CEMs. Além disso, a implantação do SISREG possibilitou um monitoramento muito mais ágil das filas de espera. Em razão da própria ampliação de cobertura pela atenção básica, houve maior pressão pela garantia de uma rede de apoio diagnóstico e terapêutico, o que acarretou mudanças na lógica de negociação da SMSA com o setor privado, a fim de garantir a conformação de redes e assegurar a integralidade do cuidado.

Acesso das famílias usuárias da ESF aos serviços de apoio à diagnose e terapia segundo famílias e profissionais

No que se refere ao acesso e à utilização da rede de apoio à diagnose e terapia, por meio da aplicação de questionários para médicos e usuários da Estratégia Saúde da Família foram avaliadas questões, como: tipos de exames que podem ser solicitados pelos profissionais das equipes, existência de normas definidas para solicitação de exames laboratoriais, existência de coleta de material para exames nas UBS, acesso a exames pelas

famílias cadastradas, conhecimento e existência de consulta de retorno para avaliação dos resultados dos exames, formas de agendamento e tempo médio de espera para realização de exames.

Mais de 90% dos médicos e enfermeiros entrevistados em Belo Horizonte informaram que exames de hematologia, bioquímica, sorologias, eletrocardiografia, radiologia simples, mamografia, ultrassonografia obstétrica e clínica podem ser solicitados pelos profissionais do Saúde da Família. Em relação à anatomopatologia e citopatologia, radiografia contrastada, colposcopia, ecocardiografia, endoscopia, audiometria e tomografia, 82%, 61%, 43%, 50%, 84%, 13% e 5% dos entrevistados, respectivamente, relataram poder solicitar tais exames.

Tabela 20 – D3 Tipos de exame que podem ser solicitados pelos profissionais de saúde da família segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Tipo de exames	Médico				Enfermeiro				Total			
	Sim		Total		Sim		Total		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Hematologia	71	98,6	72	100,0	72	96,0	75	100,0	143	97,3	147	100,0
b) Bioquímica	71	98,6	72	100,0	68	90,7	75	100,0	139	94,6	147	100,0
c) Sorologias	71	98,6	72	100,0	74	98,7	75	100,0	145	98,6	147	100,0
d) Anatomopatologia e citopatologia	57	79,2	72	100,0	64	85,3	75	100,0	121	82,3	147	100,0
e) Eletrocardiografia	70	97,2	72	100,0	71	94,7	75	100,0	141	95,9	147	100,0
f) Radiologia simples	71	98,6	72	100,0	72	96,0	75	100,0	143	97,3	147	100,0
g) Radiografia contrastada	49	68,1	72	100,0	40	53,3	75	100,0	89	60,5	147	100,0
h) Mamografia	71	98,6	72	100,0	74	98,7	75	100,0	145	98,6	147	100,0
i) Colposcopia	32	44,4	72	100,0	31	41,3	75	100,0	63	42,9	147	100,0
j) Ultrassonografia obstétrica	69	95,8	72	100,0	69	92,0	75	100,0	138	93,9	147	100,0
k) Ultrassonografia clínica	70	97,2	72	100,0	70	93,3	75	100,0	140	95,2	147	100,0
l) Ecocardiografia	47	65,3	72	100,0	27	36,0	75	100,0	74	50,3	147	100,0
m) Métodos endoscópicos	68	94,4	72	100,0	55	73,3	75	100,0	123	83,7	147	100,0
n) Audiometria	11	15,3	72	100,0	8	10,7	75	100,0	19	12,9	147	100,0
o) Tomografia computadorizada	3	4,2	72	100,0	4	5,3	75	100,0	7	4,8	147	100,0

Observação: n= 72 médicos e n=75 enfermeiros.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Setenta e quatro por cento dos médicos entrevistados informaram que, sempre ou na maioria das vezes, existem normas definidas para a solicitação de exames laboratoriais de complementação diagnóstica.

No caso dos enfermeiros, 92% afirmaram que, sempre ou na maioria das vezes, existem normas definidas para a solicitação de exames laboratoriais de complementação diagnóstica.

Tabela 21 – D5 Existência de normas definidas para solicitação de exames laboratoriais informada por Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Existência de normas	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Médicos										
D5 Existem normas definidas para a solicitação de exames laboratoriais de complementação diagnóstica?	15	20,8	38	52,8	15	20,8	4	5,6	72	100,0
Enfermeiros										
D5 Existem normas definidas para a solicitação de exames laboratoriais de complementação diagnóstica?	26	34,7	43	57,3	4	5,3	2	2,7	75	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Na maior parte das USF, a coleta de material para exames é realizada na própria unidade. A quase totalidade de médicos e enfermeiros de Belo Horizonte informou existir sempre ou na maioria das vezes coleta de material para exames de laboratório na UBS onde trabalha.

Tabela 22 – D6 Existência de coleta de material para exames de laboratório na UBS informada pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008 - Total

Existência de coleta de material	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sempre	52	72,2	68	90,7	120	81,6
Na maioria das vezes	19	26,4	7	9,3	26	17,7
Nunca	1	1,4	-	-	1	0,7
Total	72	100,0	75	100,0	147	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Ao avaliar a frequência de agendamento para alguns serviços de saúde, verificou-se que 58% dos profissionais conseguem sempre ou na maioria das vezes agendamento para serviços de apoio diagnóstico e terapia (D15c). No que se refere à realização dos exames de patologia clínica, 64% dos médicos estimaram tempo de espera do paciente de até três semanas. Para os exames de radiologia e ultrassom, 42% dos médicos estimaram tempo de espera de até um mês e 27%, de três meses e mais (D16).

Perguntados sobre o acesso a exames em atendimento realizado pela Equipe de Saúde da Família, entre as famílias que relataram esta necessidade, 68% afirmaram conseguir todos os exames. Cerca de 30% das famílias declararam fazer somente alguns exames, enquanto 18% referiram que nunca precisaram de exame.

As famílias confirmam a informação dos profissionais quanto ao local de coleta de material para exames após atendimento pela Equipe de Saúde da Família: a maioria dos entrevistados (92%) ressaltou que a coleta é realizada no próprio Posto/Unidade de Saúde da Família (USF).

Tabela 23 – F1 Acesso a exames em atendimento realizado pela Equipe de Saúde da Família segundo famílias cadastradas, Belo Horizonte (MG), 2008

Acesso a exames	n	%
Conseguem realizar todos os exames	397	55,8
Realizam somente alguns exames	177	24,9
Não conseguem realizar exame algum	9	1,3
Nunca necessitou fazer exame	126	17,7
Não respondeu	2	0,3
Total	711	100,0

Observação: n = 711 famílias com integrante que teve experiência de atendimento pela Estratégia Saúde da Família.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Tabela 24 – F2 Local de coleta de exames de análises clínicas após atendimento pela Equipe de Saúde da Família segundo famílias cadastradas, Belo Horizonte (MG), 2008

Local de coleta	n	%
No próprio Posto/Unidade de Saúde da Família (USF)	536	91,9
Em local próximo da USF	28	4,8
Em local distante da USF	6	1,0
No próprio domicílio	13	2,2
Total	583	100,0

Observação: n = 583 famílias com integrante que teve exames solicitados pela Equipe de Saúde da Família.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Como se pode observar na tabela a seguir, a quase totalidade de famílias entrevistadas (94%) informou sempre tomar conhecimento dos resultados dos exames.

Tabela 25 – F3 Conhecimento dos resultados dos exames realizados pelas famílias, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Conhecimento dos resultados dos exames	n	%
Sempre	550	94,3
Na maioria das vezes	23	3,9
Poucas vezes	4	0,7
Nunca	5	0,9
Não respondeu	1	0,2
Total	583	100,0

Observação: n = 583 famílias com integrante que teve exames solicitados pela Equipe de Saúde da Família.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Perguntados quanto à existência de consulta de retorno com o médico após a busca dos resultados dos exames, 92% das famílias entrevistadas responderam que há consulta de retorno sempre ou na maioria das vezes.

Tabela 26 – F4 Existência de consulta de retorno com o médico após recebimento do resultado dos exames segundo famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Consulta de retorno com o médico	n	%
Sempre	487	84,4
Na maioria das vezes	44	7,6
Poucas vezes	20	3,5
Nunca	26	4,5
Total	577	100,0

Observação: n = 583 famílias com integrante que teve exames solicitados pela Equipe de Saúde da Família.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

No que diz respeito à forma de agendamento dos exames solicitados pela Equipe de Saúde da Família nos últimos doze meses, 63% dos entrevistados realizaram o exame no próprio Posto/Unidade de Saúde da Família e 16% referiram que o exame foi agendado pelo seu Posto/Unidade de Saúde da Família em outro serviço de saúde.

Tabela 27 – F5 Forma de agendamento de exames realizados pelo entrevistado nos últimos doze meses segundo famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Forma de agendamento	n	%
O exame foi feito no próprio Posto/Unidade de Saúde da Família	368	63,1
O exame foi agendado pela Posto/Unidade de Saúde da Família em outro serviço de saúde	94	16,1
Recebeu uma ficha de encaminhamento e agendou o exame no serviço indicado pelo Posto/Unidade de Saúde da Família	10	1,7
Recebeu uma ficha de pedido de exame e procurou por conta própria um serviço de saúde	5	0,9
Não recebeu ficha de pedido de exame	41	7,0
Não sabe informar	50	8,6
Realizou em outro serviço de saúde público ou privado sem informar modo de encaminhamento	13	2,2
Outro*	2	0,3
Total	583	100,0

Observação: n = 583 famílias com integrante que teve exames solicitados pela Equipe de Saúde da Família.

*Outros tipos de agendamento de exames: 01 entrevistado respondeu que o exame foi solicitado e feito; 01 entrevistado referiu que os profissionais fazem no próprio domicílio.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Para as 583 famílias que relataram alguma experiência de solicitação de exame pela ESF foi perguntado se o próprio informante nos últimos doze meses necessitava fazer algum exame solicitado pelo médico do PSF: metade (52%) dos entrevistados informou ter precisado fazer exame.

Tabela 28 – F6 Necessidade de realização de algum exame solicitado pelo médico do PSF nos últimos doze meses pelo entrevistado, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Realização de exame solicitado pelo médico nos últimos 12 meses	n	%
Sim	303	52,0
Não	280	48,0
Total	583	100,0

Observação: n = 583 famílias com integrante que teve exames solicitados pela Equipe de Saúde da Família.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Perguntados sobre a possibilidade de realização dos exames solicitados pelo médico da Equipe de Saúde da Família nos últimos doze meses, 93% dos entrevistados afirmaram ter conseguido realizá-los.

Tabela 29 – F7 Realização dos exames solicitados pelo médico do PSF nos últimos doze meses pelo entrevistado, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Realização de exames	n	%
Sim	282	93,1
Não	20	6,6
Não respondeu	1	0,3
Total	303	100,0

Observação: n = 303 entrevistados que informaram ter tido exames solicitados por médico da Equipe de Saúde da Família nos últimos 12 meses.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

O intervalo de tempo máximo transcorrido entre solicitação e realização dos exames foi de até 14 dias na experiência de 64% dos entrevistados. Para 26% dos entrevistados, o intervalo de tempo variou de 15 a 30 dias e apenas 9% mencionaram que o tempo transcorrido fora maior de 30 dias.

Tabela 30 – F8 Intervalo de tempo transcorrido entre solicitação e realização dos exames segundo entrevistados, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Intervalo de tempo	n	%	Frequência Acumulada
0	7	2,5	2,5
1 a 7 dias	144	51,1	53,6
8 a 14 dias	29	10,3	63,9
15 a 30 dias	72	25,5	89,4
31 a 60 dias	10	3,5	92,9
61 a 90 dias	9	3,2	96,1
91 e mais dias	7	2,5	98,6
Não respondeu	4	1,4	1,4
Total	282	100,0	100,0

Observação: n = 278 entrevistados que informaram ter realizados exames solicitados por médico da Equipe de Saúde da Família nos últimos 12 meses.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Quanto ao recebimento de resultados, na avaliação de 42% dos entrevistados, o intervalo de tempo transcorrido entre a realização dos exames pelo médico do PSF e o acesso aos resultados foi de até 14 dias e variou, para 50%, de 15 a 30 dias.

Tabela 31 – F9 Intervalo de tempo transcorrido entre realização dos exames solicitados pelo médico do PSF e recebimento dos resultados segundo entrevistados, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Intervalo de tempo	n	%	Frequência Acumulada
0	13	4,6	4,6
1 a 7 dias	50	17,7	22,3
8 a 14 dias	55	19,5	41,8
15 a 30 dias	140	49,6	91,4
31 a 60 dias	11	3,9	95,3
61 a 90 dias	2	0,7	96,0
91 e mais dias	3	1,1	97,1
Não respondeu	8	2,8	2,8
Total	282	100,0	100,0

Observação: n = 278 entrevistados que informaram ter realizado exames solicitados por médico da Equipe de Saúde da Família nos últimos 12 meses.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

3. ACESSO À ATENÇÃO HOSPITALAR

Há duas formas de acesso à internação hospitalar no município de Belo Horizonte: para os casos de urgência e para cirurgias eletivas. Nos casos de urgência, o usuário é encaminhado a uma UPA e, se preciso, ao hospital por meio do SAMU. O processo de busca de vagas na rede hospitalar é ininterrupto. Na Central de Internação há médicos reguladores que avaliam as prioridades clínicas e o perfil do prestador.

Para os casos de cirurgia eletiva, quando o médico do centro de saúde identifica a necessidade, solicita uma avaliação da junta responsável pela análise das AIHs, localizadas em vários pontos da cidade, em geral nos PAMs. Estes médicos autorizam ou não a cirurgia eletiva. Existem também juntas para avaliar a alta complexidade, localizada na Gerência de Alta Complexidade.

A Central de Internação é acessada via *on-line* nas unidades de saúde municipais e por telefone pelas cidades do interior. No momento, há uma negociação com a central de regulação do Estado para que todo o acesso às internações seja realizado *on-line*. O estado está implantando uma central informatizada de internação (SUS Fácil) que receberá todos os pedidos do interior e se relacionará com a central de Belo Horizonte. Este processo será gradativo, até a inclusão de todos os municípios.

Embora boa parte dos hospitais esteja localizada na área central da cidade, constituem referência para os distritos sanitários. Alguns hospitais estão situados nos próprios distritos

e servem de referência para aquela área. O atendimento à gestante, por exemplo, é territorializado. Isto já acontece em várias regiões da cidade, mas pretende-se ampliar. Neste sentido, estão em curso iniciativas da Gerência de Regulação, que buscam maior descentralização dos processos regulatórios. O objetivo é responsabilizar cada vez mais as áreas por toda a questão da regulação.

Um dos problemas para a garantia das internações que foram mencionados pela gerente de Regulação e Atenção Hospitalar diz respeito à insuficiente oferta de leitos qualificados de clínica médica e no centro de tratamento intensivo (CTI) adulto. No município há vários prestadores de pequena complexidade que não ofertam esse tipo de leito mais qualificado. Este é um problema de toda a região metropolitana e dos municípios do interior.

Conforme já mencionado, o gestor de contratos da SMS é responsável por acompanhar e avaliar metas de produção e de qualidade dos grandes hospitais conveniados e contratados. De acordo com as metas pactuadas, o hospital filantrópico recebe 10% do valor estipulado pelo contrato quando alcança as metas de qualidade e 90% do orçamento vincula-se às metas de produção. No caso de hospitais de ensino, este percentual é de 85% para produção e 15% pelos indicadores de qualidade. Um dos exemplos citados como meta de qualidade é a implantação da política de humanização, sendo a existência de conselho de usuários em cada hospital um dos indicadores. Outros indicadores, como taxa de tempo médio de permanência, taxa de mortalidade e de infecção hospitalar estão definidos nos protocolos clínicos.

Todos os leitos privados credenciados ao SUS e os estaduais são controlados ou subordinados à central municipal de regulação de leitos. De acordo com a gerente de Regulação e Atenção Hospitalar, regular os prestadores de serviços é uma das tarefas mais árduas da gestão em saúde, uma vez que há grande resistência ao controle público. Neste sentido, o gestor de contratos vinculado à Gerência de Apoio Operacional tem sido um ator importante.

Atualmente, a dependência do município em relação à rede hospitalar privada sofreu importante diminuição. No ano de 1994, Belo Horizonte tinha cerca de 60 hospitais credenciados ao SUS. Em 2008, conta com, aproximadamente, 35 hospitais conveniados/contratados. Para a entrevistada, a evolução da capacidade de regulação municipal foi bastante significativa nesse período, tendo como um dos resultados o fechamento de leitos e hospitais que apresentavam má qualidade. Ainda assim, a rede hospitalar conta com hospitais credenciados de baixíssima complexidade, os quais vêm

sendo acompanhados de forma mais próxima pelas estruturas de regulação municipal na tentativa de qualificá-los.

Na opinião da gerente de Regulação e Atenção Hospitalar em 2008, mesmo estando quase ao final da gestão, o Gabinete da SMSA tomou uma decisão ousada ao assumir a co-gestão de um hospital privado de cerca de 90 leitos de clínica médica de baixíssima complexidade. Como no município há necessidade de maior oferta deste tipo de leito, o objetivo é transformá-los em leitos mais qualificados de clínica médica. Para tal, além de aportes financeiros, a SMSA disponibilizará recursos humanos para colaborar na gestão, com investimentos em obras, equipamentos e profissionais.

A fila para cirurgias eletivas é monitorada eletronicamente e submetida à regulação médica que define prioridades clínicas. Há uma fila de espera de, aproximadamente, 50 mil pedidos para cirurgias eletivas. No ano de 2008 houve o recadastramento de toda a fila, que era anteriormente de 70 mil solicitações, verificando-se que algumas pessoas já haviam falecido e outras, realizado a cirurgia via urgência.

As maiores filas de espera para cirurgias eletivas são para ortopedia, otorrino, cirurgia geral, cirurgia plástica e ginecologia. Também há filas para urgência, clínica médica e CTI. A gerente de Regulação e Atenção Hospitalar observa que as cirurgias eletivas de baixa e de média complexidade ficam paradas nas filas, pois os valores pagos na tabela SUS são baixos. Como estratégia para diminuir essas filas, a SMSA vem propondo pagamentos diferenciados para alguns procedimentos com recursos próprios municipais.

Além da carência de leitos qualificados, já mencionada, cerca de 40% das internações do interior são efetuadas em Belo Horizonte. A gerente de Regulação e Atenção Hospitalar comenta que muitas das cirurgias que poderiam ser realizadas nos próprios municípios, acabam sendo feitas na capital. Este problema é mais grave na atenção ao idoso e no atendimento às urgências. De acordo com a entrevistada, os municípios que fazem parte da região metropolitana acabam por não organizar sua rede de serviços de forma adequada e, em função da proximidade, encaminham para Belo Horizonte casos que poderiam ser resolvidos localmente.

Para a gerente da Central de Marcação de Consultas, além do fato de Belo Horizonte ser referência da média e alta complexidade para todo o estado, por ter um sistema de atenção básica bem organizado, acaba atraindo pessoas de outros municípios, que, muitas vezes, chegam à UBS em situação de gravidade muito maior do que aqueles usuários

acompanhados cotidianamente. Para discutir esse problema, a SMSA tem desencadeado discussões permanentes com os municípios da região metropolitana com o objetivo de melhor dividir as responsabilidades.

Segundo a coordenadora de Atenção Básica, a gestão dos hospitais estaduais também constitui um agravante para a oferta de leitos e internações. A entrevistada aponta que a rede estadual é enorme, possui muitos leitos, embora o tempo de permanência seja alto. Ressalta que, há 10 anos, a prefeitura vem tentando municipalizar os hospitais estaduais.

Em síntese, as estratégias de regulação das referências para internações adotadas no município de Belo Horizonte são: definição de prioridade clínica ou cirúrgica, existência de médico autorizador, acompanhamento eletrônico das filas de espera e os contratos de gestão. Estes últimos são avaliados de forma bastante positiva pela Gerência de Regulação e considerados importantes instrumentos regulatórios, com a definição de responsabilidades e de serviços que devem ser oferecidos pelos prestadores. Além disso, um importante avanço acordado nos contratos foi a incorporação da oferta de serviços de alguns centros de excelência nas centrais de regulação, como o Hospital das Clínicas, o que possibilitou a distribuição mais equânime desses procedimentos. Com o fim de organizar as referências para as internações, o município conta com central responsável pela marcação, SAMU e PPI.

Acesso das famílias usuárias da ESF à atenção hospitalar segundo famílias e profissionais

Nos atendimentos médicos das ESFs realizados nos últimos trinta dias, 3,2% (10 em 314) de integrantes das famílias cadastradas foram encaminhados para internação (E23).

Há facilidade no agendamento pelos profissionais das ESFs quanto a internações nas maternidades. Mais da metade dos médicos informaram sempre conseguir realizar agendamento para maternidade e um terço, na maioria das vezes, totalizando 86% de respostas afirmativas entre médicos. Contudo, para internações eletivas verificou-se que poucas vezes ou nunca se consegue agendamento (49% dos médicos). Apenas 33% dos médicos afirmaram conseguir agendamento sempre ou na maioria das vezes (D15).

O tempo médio de espera do paciente no caso de internações para cirurgia eletiva, estimado por 61% dos médicos, foi de três meses e mais, enquanto 26% desses profissionais não sabiam estimar, indicando não ser esta sua atribuição (ou preocupação),

uma vez que a necessidade de cirurgia eletiva, em geral, deve ser confirmada por especialista.

4. ACESSO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Atualmente, o município de Belo Horizonte possui 14 portas de entrada para a rede de urgência e emergência, dos quais sete são UPAs e sete, hospitais públicos municipais, estaduais e federais. Todas as portas de urgência/emergência em hospitais privados foram fechadas. A gerente de Regulação e Atenção Hospitalar comenta que havia muitos encaminhamentos e solicitações desnecessários de internação para a rede privada.

Quando o paciente chega a uma das unidades de urgência/emergência e precisa ser internado, a AIH, com o número do laudo médico, é emitida *on-line*. Com base nos dados da AIH, o médico regulador da Central de Internação encaminha, dependendo do perfil do paciente, para os hospitais credenciados que tenham maior adequação para receber aquele caso. Quando há solicitações dos municípios do interior, a autorização acontece por telefone.

As sete UPAs existentes estão em sete regionais diferentes, observando-se que a regional Centro-Sul e a Noroeste ainda não possuem este serviço. Para atender aos pacientes destas regiões há uma pactuação. Os pacientes da Centro-Sul são distribuídos por outras unidades mais próximas, para o Hospital das Clínicas e, eventualmente, para outro tipo de hospital. A demanda da Regional Noroeste é absorvida pelas demais UPAs, pela Unidade de Emergência do Hospital Alberto Cavalcante e pelo pronto-socorro do Hospital Odilon Peres. Como profissionais fixos, todas as UPAs possuem clínico, cirurgião e pediatra. Em três outras unidades (Leste, Oeste e Norte) existem também ortopedistas.

Além dos serviços de urgência/emergência, o município conta com o Programa de Atendimento Domiciliar (PAD), presente em todas as UPAs, para cuidados de pacientes acamados, que não são necessariamente hospitalares e que não precisam de internação. A equipe é composta por médico, enfermeiro, técnicos ou auxiliares de enfermagem. Se o usuário acompanhado pelo PAD tiver necessidade de realizar algum exame, deve procurar a unidade de pronto-atendimento. Além do programa convencional, há também o PAD AIDS. Segundo o gerente de Urgência, o atendimento domiciliar tem sido um grande aliado, com importantes ganhos para a qualidade de vida dos usuários, principalmente os idosos.

Todos os centros de saúde estão equipados com materiais mínimos, que compõem uma caixa de urgência, e com salas de observação para atender, por exemplo, a casos de crise asmática ou hipertensiva. Além disso, o mais importante, para o secretário Municipal de Saúde, é a definição dos fluxos, que permite à equipe de saúde da família saber a qual pronto-atendimento deve encaminhar. Para os casos mais graves, está disponível o SAMU. Ainda assim, a definição dos fluxos é conflituosa, pois, embora cada centro de saúde tenha definido qual é sua unidade de urgência, na prática, a tendência é fechar as portas quando está repleta.

De acordo com a coordenadora de Atenção Básica, a pactuação para atendimento aos casos de urgência define que tanto os centros de saúde quanto as unidades de urgência devem atender aos casos agudos. Caso a unidade de urgência esteja muito cheia, com muitos casos graves ou com equipe incompleta, pode referenciar o paciente para a UBS mediante contato telefônico e aceite do centro de saúde. Quando o centro de saúde não pode atender, é feito contato com outra unidade básica mais próxima ou o atendimento é realizado na própria UPA. O pacto é que cada unidade ajude a outra. Este é um processo recente, que vem funcionando de forma diferenciada entre os distritos.

Atualmente, os serviços de urgência e emergência trabalham com classificação de riscos, o que fez com que não cheguem mais a estas unidades muitos dos casos que não são graves. A assistente social, após a classificação de risco do paciente, faz o contato com o serviço de saúde ao qual está vinculado, para que o atendimento possa ser feito na unidade básica de saúde, nos casos em que não seja identificada necessidade de atendimento de urgência. Ainda assim, as UPAs têm acolhimento aberto ao público: se o usuário preferir, pode ser atendido nessas unidades.

Outra função do assistente social é realizar a contrarreferência do usuário após este receber o atendimento necessário. Segundo o gerente de Urgência *“se for um caso de asma, infecção urinária, o usuário fica de dois a três dias na UPA, recebe alta e é contrarreferenciado para o PSF”*. Pelo relato de uma gerente local de UBS, a relação entre UPAs e ESF é bem próxima e muito positiva, com realização de contrarreferência e contato estreito com a assistente social daquele serviço.

Ainda assim, segundo o gerente de Urgência, a maioria dos casos que chegam até as UPAs poderia ser atendida nos centros de saúde. O entrevistado atribui isto a uma série fatores. Se o usuário procura a rede básica, não é necessariamente atendido naquele momento. Pode ser agendado para consulta no dia seguinte ou para dois dias depois, dependendo da

gravidade do quadro. Por sua vez, se for a uma UPA, pode esperar, mas vai ser atendido no dia.

Afora isso, outro atrativo é certa facilidade para a realização de exames. De acordo com o entrevistado *“se o usuário procura a rede básica e necessita fazer uma radiografia, tem que tomar uma condução, procurar o serviço referenciado, ir lá e fazer a radiografia. Quando vai à UPA, por mais que demore, o exame de laboratório está à mão, o exame radiológico está à mão, com exceção de outros exames mais sofisticados, para os quais os usuários devem ser obrigatoriamente referenciados pela rede básica. Então, é mais confortável”*.

A coordenadora de Atenção Básica aponta que a própria população já não procura com tanta frequência a rede de urgência, pois o atendimento pode demorar bastante para os casos mais simples em razão da classificação de risco.

Também se observou que alguns casos chegavam à alta complexidade já muito agravados, sinalizando falta de articulação com os serviços de atenção básica. Como exemplo, a gerente de Regulação e Atenção Hospitalar mencionou que diagnósticos em nefrologia, com necessidade de hemodiálise, estavam sendo realizados nas UPAs. A partir de casos como estes, são planejadas reuniões com participação de toda a rede para discussão e apresentação de propostas de intervenção.

Além das salas de observação, as equipes de saúde da família dispõem, para os casos de urgência, do transporte sanitário, a ambulância que fica nos centros de saúde e que pode buscar o usuário em seu domicílio e levá-lo à unidade de pronto-atendimento mais próxima. Se for um caso de maior gravidade, a equipe faz contato com o regulador do SAMU para encaminhar o usuário da unidade básica à rede hospitalar.

Todo este fluxo está informatizado. Para melhor integrar a rede de serviços, de dois em dois meses há uma reunião com todos os gestores das portas de entrada, na qual são discutidas necessidades de novas repactuações e demais alterações referentes aos fluxos.

Ademais, desde o ano de 2006 estão sendo implantados protocolos de atendimento às patologias mais comuns nas Unidades de Pronto-Atendimento como: hipertensão, diabetes, infecção urinária, infarto do miocárdio, pneumonia, asma e trombose venosa profunda. Para o gerente de Urgência, a implantação dos protocolos, disponibilizados também para os profissionais da Atenção Básica, tem contribuído para racionalizar os atendimentos de urgência/emergência.

5. AVALIAÇÃO DAS EQUIPES QUANTO À ATENÇÃO INTEGRAL PRESTADA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Apresentou-se um conjunto de ações aos médicos e enfermeiros para que avaliassem o desempenho da ESF quanto à atenção integral prestada à população. Conforme se pode observar na tabela a seguir, mais de 90% dos médicos consideraram muito satisfatória e satisfatória, a capacidade de a equipe de saúde da família conhecer os principais problemas de saúde da população e cerca de 81% fez a mesma avaliação no que se refere à capacidade de intervir positivamente no enfrentamento desses problemas.

Na opinião da maioria dos médicos entrevistados, o desempenho da equipe foi muito satisfatório e satisfatório para as seguintes ações: garantia do acesso ao atendimento básico a toda população cadastrada (82%), acolhimento das demandas (90%), estabelecimento de vínculos com a população da área (97%), acompanhamento dos grupos prioritários (88%), distribuição regular de medicamentos a grupos prioritários (85%), resolução de até 80% ou mais de casos atendidos por sua equipe (82%), realização de atividades preventivas individuais (79%) e garantia de realização dos exames necessários (67%).

A avaliação quanto à garantia de atendimento em serviços especializados (79%) e garantia de internação (67%) foram questões mais assinaladas pelos entrevistados como insatisfatórias e muito insatisfatórias.

O retorno do paciente para atendimento pela equipe de saúde da família após encaminhamento ao especialista e o desempenho da equipe quanto à capacidade de realizar ações educativas foram considerados muito satisfatório e satisfatório por cerca de 50% dos médicos.

Tabela 32 – C13 Desempenho da equipe quanto à atenção integral prestada à população segundo médicos, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Serviços/Atividades	Médico									
	Muito satisfatório		Satisfatório		Insatisfatório		Muito Insatisfatório		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Capacidade de conhecer os principais problemas de saúde da população	22	30,6	45	62,5	5	6,9	-	-	-	-
b) Capacidade de intervir positivamente no enfrentamento dos problemas de saúde	9	12,5	49	68,1	14	19,4	-	-	-	-
c) Garantir o acesso ao atendimento básico a toda população cadastrada	16	22,2	43	59,7	12	16,7	1	1,4	-	-
d) Encaminhar para outros níveis de atenção, quando necessário	10	13,9	29	40,3	28	38,9	5	6,9	-	-
e) Garantir internação	4	5,6	11	15,3	36	50,0	12	16,7	9	12,5
f) Garantir atendimento em serviços especializados	1	1,4	13	18,1	46	63,9	11	15,3	1	1,4
g) Garantir realização de exames necessários	6	8,3	42	58,3	21	29,2	2	2,8	1	1,4
h) Não existência de fila na porta da unidade do PSF	11	15,3	27	37,5	24	33,3	8	11,1	2	2,8
i) Acolhimento das demandas	19	26,4	46	63,9	4	5,6	2	2,8	1	1,4
j) Estabelecimento de vínculos com a população da área	20	27,8	50	69,4	-	-	-	-	2	2,8
k) Retorno do paciente para atendimento pela equipe saúde da família, após encaminhamento ao especialista	4	5,6	34	47,2	24	33,3	8	11,1	2	2,8
l) Acompanhamento dos grupos prioritários	13	18,1	50	69,4	8	11,1	-	-	1	1,4
m) Distribuição regular de medicamentos a grupos prioritários	10	13,9	51	70,8	10	13,9	-	-	1	1,4
n) Resolução de 80% ou mais de casos atendidos pela sua equipe saúde da família	20	27,8	39	54,2	9	12,5	-	-	4	5,6
o) Capacidade de realizar ações educativas	5	6,9	37	51,4	29	40,3	1	1,4	-	-
p) Realização de atividades preventivas individuais	9	12,5	48	66,7	14	19,4	1	1,4	-	-

Observação: n= 72 médicos e n=75 enfermeiros.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

As avaliações de enfermeiros com relação a ações e atributos de garantia de atenção integral foram, em geral, mais positivas. A maioria dos enfermeiros entrevistados considerou o desempenho da ESF muito satisfatório e satisfatório quanto à atenção integral prestada à população no que se refere a: capacidade de conhecer os principais problemas de saúde da população (93%), capacidade de intervir positivamente no enfrentamento dos problemas de saúde (73%), garantir o acesso ao atendimento básico a toda população cadastrada (76%), garantir realização de exames necessários (72%), acolhimento das demandas (92%), estabelecimento de vínculos com a população da área (93%),

acompanhamento dos grupos prioritários (80%), distribuição regular de medicamentos a grupos prioritários (85%), resolução de 80% ou mais de casos atendidos pela sua equipe saúde da família (85%), capacidade de realizar ações educativas (69%) e realização de atividades preventivas individuais (75%).

Ainda que 45% dos enfermeiros tenham considerado satisfatória a capacidade de encaminhar para outros níveis de atenção, um percentual importante (31%) avaliou esta ação como insatisfatória. Padrão semelhante é observado em relação à existência de fila na porta da unidade do PSF.

Tabela 33 – C13 Desempenho da equipe quanto à atenção integral prestada à população segundo Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Serviços/Atividades	Enfermeiro									
	Muito satisfatório		Satisfatório		Insatisfatório		Muito Insatisfatório		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Capacidade de conhecer os principais problemas de saúde da população	20	26,7	50	66,7	5	6,7	-	-	-	-
b) Capacidade de intervir positivamente no enfrentamento dos problemas de saúde	6	8,0	49	65,3	19	25,3	1	1,3	-	-
c) Garantir o acesso ao atendimento básico a toda população cadastrada	19	25,3	38	50,7	17	22,7	1	1,3	-	-
d) Encaminhar para outros níveis de atenção, quando necessário	17	22,7	34	45,3	23	30,7	-	-	1	1,3
e) Garantir internação	3	4,0	21	28,0	27	36,0	8	10,7	16	21,3
f) Garantir atendimento em serviços especializados	2	2,7	21	28,0	41	54,7	8	10,7	3	4,0
g) Garantir realização de exames necessários	9	12,0	45	60,0	19	25,3	1	1,3	1	1,3
h) Não existência de fila na porta da unidade do PSF	17	22,7	33	44,0	22	29,3	1	1,3	2	2,7
i) Acolhimento das demandas	22	29,3	47	62,7	5	6,7	1	1,3	-	-
j) Estabelecimento de vínculos com a população da área	19	25,3	51	68,0	5	6,7	-	-	-	-
k) Retorno do paciente para atendimento pela equipe saúde da família, após encaminhamento ao especialista	9	12,0	26	34,7	34	45,3	5	6,7	1	1,3
l) Acompanhamento dos grupos prioritários	7	9,3	53	70,7	15	20,0	-	-	-	-
m) Distribuição regular de medicamentos a grupos prioritários	7	9,3	57	76,0	11	14,7	-	-	-	-
n) Resolução de 80% ou mais de casos atendidos pela sua equipe saúde da família	12	16,0	52	69,3	10	13,3	-	-	1	1,3
o) Capacidade de realizar ações educativas	6	8,0	46	61,3	23	30,7	-	-	-	-
p) Realização de atividades preventivas individuais	7	9,3	49	65,3	18	24,0	1	1,3	-	-

Observação: n= 72 médicos e n=75 enfermeiros.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Em síntese, as ações mais bem avaliadas pelo conjunto de médicos e enfermeiros quanto ao desempenho da equipe referem-se à: capacidade de conhecer os principais problemas de saúde da população (93%), capacidade de intervir positivamente no enfrentamento dos problemas de saúde (77%), garantir o acesso ao atendimento básico a toda população cadastrada (79%), acolhimento das demandas (91%), estabelecimento de vínculos com a população da área (95%), acompanhamento dos grupos prioritários (84%), distribuição regular de medicamentos a grupos prioritários (85%), resolução de 80% ou mais de casos atendidos pela sua equipe saúde da família (84%) e realização de atividades preventivas individuais (77%).

Os itens que receberam maiores percentuais de avaliação insatisfatório e muito insatisfatório vinculam-se à garantia de atendimento em serviços especializados e desenvolvimento de ações intersetoriais.

Tabela 34 – C13 Desempenho da equipe quanto à atenção integral prestada à população segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008 – TOTAL

Serviços/Atividades	Muito satisfatório		Satisfatório		Insatisfatório		Muito Insatisfatório		Não sabe		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	%	n
a) Capacidade de conhecer os principais problemas de saúde da população	42	28,6	95	64,6	10	6,8	-	-	-	-	100,0	147
b) Capacidade de intervir positivamente no enfrentamento dos problemas de saúde	15	10,2	98	66,7	33	22,4	1	0,7	-	-	100,0	147
c) Garantir o acesso ao atendimento básico a toda população cadastrada	35	23,8	81	55,1	29	19,7	2	1,4	-	-	100,0	147
d) Encaminhar para outros níveis de atenção, quando necessário	27	18,4	63	42,9	51	34,7	5	3,4	1	0,7	100,0	147
e) Garantir internação	7	4,8	32	21,8	63	42,9	20	13,6	25	17,0	100,0	147
f) Garantir atendimento em serviços especializados	3	2,0	34	23,1	87	59,2	19	12,9	4	2,7	100,0	147
g) Garantir realização de exames necessários	15	10,2	87	59,2	40	27,2	3	2,0	2	1,4	100,0	147
h) Não existência de fila na porta da unidade do PSF	28	19,0	60	40,8	46	31,3	9	6,1	4	2,7	100,0	147
i) Acolhimento das demandas	41	27,9	93	63,3	9	6,1	3	2,0	1	0,7	100,0	147
j) Estabelecimento de vínculos com a população da área	39	26,5	101	68,7	5	3,4	-	-	2	1,4	100,0	147
k) Retorno do paciente para atendimento pela equipe saúde da família, após encaminhamento ao especialista	13	8,8	60	40,8	58	39,5	13	8,8	3	2,0	100,0	147
l) Acompanhamento dos grupos prioritários	20	13,6	103	70,1	23	15,6	-	-	1	0,7	100,0	147
m) Distribuição regular de medicamentos a grupos prioritários	17	11,6	108	73,5	21	14,3	-	-	1	0,7	100,0	147
n) Resolução de 80% ou mais de casos atendidos pela sua ESF	32	21,8	91	61,9	19	12,9	-	-	5	3,4	100,0	147
o) Capacidade de realizar ações educativas	11	7,5	83	56,5	52	35,4	1	0,7	-	-	100,0	147
p) Realização de atividades preventivas individuais	16	10,9	97	66,0	32	21,8	2	1,4	-	-	100,0	147

Observação: n= 72 médicos e n=75 enfermeiros.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

6. ACESSO DAS FAMÍLIAS A MEDICAMENTOS

No que se refere ao acesso a medicamentos, 53% das famílias relataram receber apenas alguns medicamentos e 32%, todos os medicamentos quando atendidas pela equipe de saúde da família. Cerca de 11% afirmaram que nunca precisaram solicitar medicamento no centro de saúde.

A distribuição regular de medicamentos para grupos prioritários foi considerada satisfatória na avaliação de mais de 80% dos médicos e enfermeiros das ESFs (C13m).

Tabela 35 – E30 Acesso a medicamentos em atendimento realizado pela Equipe de Saúde da Família segundo famílias cadastradas, Belo Horizonte (MG), 2008

Acesso a medicamentos	n	%
Recebem todos os medicamentos	225	31,6
Recebem apenas alguns medicamentos	380	53,4
Não recebem medicamentos	19	2,7
Nunca necessitou pedir medicamento	76	10,7
Não respondeu	11	1,5
Total	711	100,0

Observação: n = 711 famílias com integrante que teve experiência de atendimento pela Estratégia Saúde da Família.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

7. INTEGRAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COM OS PROGRAMAS DE SAÚDE COLETIVA E AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Em Belo Horizonte, a Gerência de Vigilância em Saúde e Informação é composta pelas Gerências de Epidemiologia e Informação, de Vigilância Sanitária, de Controle de Zoonoses e de Saúde do Trabalhador. Desde 2005, o planejamento na SMSA é realizado de forma conjunta entre todas as gerências.

Para a gerente de Vigilância em Saúde há um trabalho bastante articulado com a atenção básica, principalmente em relação às doenças infecto-contagiosas. O combate à dengue seria um bom exemplo dessa integração, mas há também outras ações voltadas às causas externas, como violência e acidentes de trânsito.

Toda a parte assistencial dos programas de saúde pública/coletiva foi descentralizada e incorporada às atividades da Estratégia Saúde da Família, com acompanhamento na perspectiva da vigilância em saúde. Por exemplo, as discussões sobre tuberculose e sobre hanseníase sempre são realizadas pelas referências de epidemiologia e de atenção

básica, assim como as análises dos dados do sistema de informação sobre nascidos vivos. Há também comitês de óbitos maternos e infantis, nos quais participam as duas gerências em nível central e distrital.

Os indicadores de cura, de incidência e de mortalidade também são discutidos coletivamente. Alguns, na definição do Pacto da Atenção Básica, são de responsabilidade da atenção básica, como, por exemplo, o percentual de cura em tuberculose; já o monitoramento contínuo dos casos é de responsabilidade da Vigilância em Saúde.

Em relação às doenças não transmissíveis foram elaboradas orientações para as equipes quanto ao acompanhamento da hipertensão e da diabetes na perspectiva da vigilância e não somente da assistência. As ações programáticas referentes aos grupos populacionais como mulher, criança e idosos foram também descentralizadas para as equipes de saúde da família, assim como aquelas referentes às doenças de transmissão vetorial e zoonoses.

Segundo a gerente de Vigilância em Saúde, há forte pressão por atendimento à demanda espontânea com a ampliação de cobertura pela atenção básica, o que dificulta o desenvolvimento de ações mais voltadas à vigilância. Por esse mesmo motivo, de acordo com a coordenadora de Atenção Básica, houve certa desorganização dos programas de saúde coletiva, que agora estão sendo reestruturados mediante as capacitações e o monitoramento das atividades.

Atualmente existem agentes de controle de endemias lotados nas unidades básicas que desenvolvem várias ações em parceria com os agentes comunitários, fundamentadas nas necessidades identificadas no território pelo centro de saúde. O município conta aproximadamente com mil agentes de controle de endemias. Alguns estão nos centros de controle de zoonoses, mas a grande maioria encontra-se nas UBS.

São desenvolvidas atividades conjuntas durante as visitas domiciliares, capacitações em agravos específicos, como leishmaniose, e participação do agente de endemias nas reuniões de equipe. Contudo, essa integração é diferenciada, a depender da organização do processo de trabalho nos centros de saúde. De acordo com o secretário Municipal de Saúde, ainda há muita segmentação entre agentes de endemias e ACS *“trabalham na mesma unidade, mas estão no território com trajés diferentes, rotinas de visitas domiciliares diferenciadas”*.

A maior parte da identificação de casos e da notificação compulsória é realizada pela atenção básica. Há núcleos da Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Zoonoses nos distritos sanitários, responsáveis pelo monitoramento destas ações. A supervisão dos agentes de endemias é efetuada por um supervisor lotado nos distritos de saúde. Existe também um coordenador, responsável pelos supervisores. Os técnicos da VE funcionam hoje mais como apoio para a atenção básica, uma vez que as investigações são desenvolvidas pelos profissionais do centro de saúde. A coordenadora de Atenção Básica afirma que a análise dos dados e as intervenções mais amplas são realizadas pelo distrito.

Os dados epidemiológicos dos sistemas de informação são organizados em uma planilha elaborada em conjunto e amplamente discutidos com a assistência, segundo a gerente de Vigilância em Saúde e Informação. De acordo com a entrevistada, a SMS vem avançando neste momento no desenvolvimento de um planejamento construído coletivamente, que subsidia o Plano Municipal de Saúde e o Relatório de Gestão. Além disso, está em processo de construção um sistema chamado “Monitora SUS”, que irá agregar indicadores de várias áreas, como os do Pacto pela Saúde, os de Vigilância em Saúde, da Atenção Básica e indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Todos os gerentes têm acesso ao sistema e podem acompanhar os indicadores das diversas áreas. A pactuação dos indicadores é feita de forma coletiva.

As Gerências de Vigilância em Saúde e de Atenção Básica se reúnem institucionalmente uma vez por ano para a avaliação mais formal. Também há uma reunião para a definição das pactuações. Entretanto, as gerências se encontram ao longo do ano, na medida em que são detectados problemas que exigem ações conjuntas.

As principais dificuldades para integrar a Estratégia Saúde da Família à vigilância referem-se ao excesso de trabalho das equipes, pela avaliação da gerente de Vigilância em Saúde. Conforme já mencionado, com o aumento do número de equipes, ampliou-se muito o acesso à atenção básica acarretando forte pressão de atendimento à demanda espontânea. Com isso *“Tem-se uma dificuldade para o desenvolvimento de ações de vigilância, partindo da identificação de problemas daquela população que a equipe tem sob sua responsabilidade”*, relatou a entrevistada. No momento, discussões sobre a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) haviam sido iniciadas pelas equipes, o que pode contribuir para a reorganização do processo de trabalho.

Dentro do projeto de promoção da saúde, as “Academias da Cidade” estão sendo

implementadas no município próximas aos centros de saúde ou escolas. Os profissionais das unidades de saúde localizadas no entorno dessas Academias receberam capacitação em promoção da saúde, na qual se discutiram questões voltadas à vigilância e à qualidade de vida. O secretário Municipal de Saúde afirma que já se observam os primeiros resultados desta iniciativa: um centro de saúde próximo a uma Academia apresentou grande redução na demanda por atendimento.

De acordo com a gerente de Vigilância em Saúde, todos os espaços coletivos são aproveitados para discussão e troca de informações. Esta seria uma estratégia para promover mais integração entre atenção básica e vigilância. Há também um trabalho em parceria desenvolvido pela vigilância epidemiológica e a atenção básica para busca de egressos hospitalares com maior risco de reinternação e de óbito.

8. DESAFIOS PARA MELHORAR A INTEGRAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA À REDE DE SERVIÇOS

Em Belo Horizonte, os esforços para integrar a Estratégia Saúde da Família à rede de serviços foram avaliados positivamente pelos gestores entrevistados e reconhecidos pelos profissionais. A ampliação da porta de entrada pela atenção básica possibilitou ao usuário buscar a resolução de seus problemas de saúde, mesmo que ainda permaneçam dificuldades de acesso à atenção especializada.

Entre as principais estratégias identificadas pelos gestores para a integração da atenção básica à rede de serviços destacam-se os investimentos em tecnologias de informação e comunicação com a implantação de sistemas informatizados de regulação e prontuários eletrônicos. A descentralização das funções de regulação para os centros de saúde representa importante iniciativa da SMSA, no sentido de torná-las mais próximas das equipes e, ao mesmo tempo, responsabilizar os profissionais de saúde pelo percurso do usuário ao interior do sistema.

A criação de serviços próprios municipais, com oferta programada fundamentada no monitoramento das filas de espera e no planejamento distrital, representa esforço significativo empreendido pelos gestores locais para a garantia de consultas e exames especializados. A constituição de fóruns comuns de discussão sobre atenção básica e especializada, a telemedicina e o apoio matricial também são estratégias importantes com potencialidade para superar a distância entre gestores e profissionais dos dois

níveis assistenciais, para além da histórica fragmentação na organização dos sistemas de saúde.

Contudo, segundo avaliação de médicos e enfermeiros algumas dificuldades para acesso à atenção especializada e hospitalar permanecem, com impactos importantes para a integração da rede de serviços de saúde. Neste sentido, os ACS são os mais otimistas quanto à função integradora exercida pela Estratégia Saúde da Família. Na percepção de 91% dos ACS, o PSF garante atendimento em outros serviços, quando necessário. Médicos e enfermeiros estão mais divididos nesta questão.

Apenas metade dos médicos e 57% dos enfermeiros consideram que o PSF garante o atendimento em outros serviços, quando necessário. As avaliações mais positivas são para exames laboratoriais: mais de 65% dos médicos e 79% dos enfermeiros concordam que o PSF garante a realização de exames quando preciso.

A garantia da internação hospitalar é mais difícil: 84% dos médicos e 73% dos enfermeiros não concordam que a ESF consegue garantir internação hospitalar, quando necessária.

Quanto à retaguarda de um sistema de referência, 71% dos enfermeiros e 65% dos médicos discordam da afirmativa de que as ESFs contam com um sistema de referência e contrarreferência que permite ampliar a resolutividade da rede básica. A avaliação desses profissionais aponta para uma possível fragilidade do sistema de regulação de exames, da consulta de especialidades e, principalmente, de internação hospitalar, ainda que os gestores da saúde do município estejam preocupados e dedicados a potencializar a ESF como primeiro contato em uma rede integrada de serviços de saúde.

Tabela 36 – D1 Avaliação dos profissionais da ESF quanto à integração da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial, Belo Horizonte, 2008

Posição / Integração	Médico		Enfermeiro		Auxiliares de Enfermagem		ACS	
	Concorda muito / Concorda		Concorda muito / Concorda		Concorda muito / Concorda		Concorda muito / Concorda em parte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
o) O PSF garante o atendimento em outros serviços, quando necessários	36	50,0	43	57,3	61	68,5	154	90,6
p) O PSF garante a realização de exames, quando necessários	47	65,3	59	78,7	77	86,5	163	95,9
q) O PSF garante a internação, quando necessária	17	23,6	28	37,3	48	53,9	139	81,8
r) O PSF fornece medicamentos da farmácia básica suficientemente	36	50,0	49	65,3	56	62,9	138	81,2
v) A sua equipe de saúde da família conta com um sistema de referência e contrarreferência que permite ampliar a resolutividade da	25	34,7	22	29,3	-	-	-	-

rede básica

n= 72 médicos; n= 75 enfermeiros, n= 170 ACS, n+ 89 aux/técnicos de enfermagem.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

A maioria (92%) dos médicos e enfermeiros aponta a existência de listas de espera que impedem o acesso adequado ao cuidado especializado, aos hospitais etc. como o principal problema para a integração da rede de serviços.

A interface identificada entre serviços com maiores problemas está na relação com as emergências: 63% desses profissionais destacaram a existência de problemas na relação entre USF e emergência. Cerca de 45% dos médicos e enfermeiros informaram problemas na relação entre a USF e a atenção especializada no setor de cuidados ambulatoriais e nos hospitais.

Tabela 37 – D21 Principais problemas para a integração da rede de serviços segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Problema	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
a) Problemas na relação entre a USF e a atenção especializada no setor de cuidados ambulatoriais	39	54,2	30	40,0	69	46,9
b) Problemas na relação entre a USF e a atenção especializada nos hospitais;	34	47,2	31	41,3	65	44,2
c) Problemas na relação entre USF e emergência;	48	66,7	45	60,0	93	63,3
d) Problemas por causa das listas de espera que impedem o acesso adequado ao cuidado especializado, hospitais etc.	66	91,7	69	92,0	135	91,8
e) Outros	2	2,8	3	4,0	5	3,4

Observação: n= 72 médicos e n=75 enfermeiros.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Além das iniciativas mencionadas acima, a SMSA vem desenvolvendo outras ações para integrar a Estratégia Saúde da Família à rede de serviços. Com este objetivo são feitas reuniões nos distritos para a discussão do sistema informatizado, os fluxos de referência e os protocolos, além de treinamentos dos profissionais para melhor operação do sistema e troca de informações que circulam na intranet.

Há também um fórum de atenção secundária, coordenado pela Gerência de Projetos Especiais, que envolve representantes da SMSA, de unidades de média complexidade e dos distritos para discutir a questão da regulação assistencial, do absenteísmo, das filas eletrônicas e das dificuldades de operação do sistema.

Como estratégias de educação permanente, com potencialidade para melhorar a integração entre profissionais, são realizadas reuniões clínicas, visita dos especialistas aos centros de saúde e vice-versa e telemedicina, a partir de teleconferência e

teleconsulta. Cerca de 90% dos centros de saúde estão equipados para a prática destas atividades.

A presidente da Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade de Minas Gerais comenta que esta é a estratégia efetiva: uma pesquisa demonstrou que, em média, 90% dos casos de consulta do generalista com especialista por meio da telemedicina não necessitaram de encaminhamento posterior.

Ainda que a telemedicina seja considerada inovadora para melhorar a integração da rede de serviços de saúde, pela avaliação de gestores locais continua sendo necessário maior contato pessoal entre os profissionais, o que é dificultado pela agenda e pela indisponibilidade de tempo para realizar deslocamentos de um serviço a outro.

Há reclamações por parte da população quando os médicos efetuam atividades fora dos centros de saúde ou, até mesmo, quando estão participando das atividades de telemedicina. Neste sentido, gestores locais apontam a necessidade de maior interação entre médicos de família e especialistas: *“o médico da atenção básica precisa do cardiologista. Ele precisa de uma segunda opinião, precisa de apoio”*, exemplifica o secretário Municipal de Saúde.

Na perspectiva da coordenadora de Atenção Básica, mesmo tendo sido implantadas as estruturas gerenciais que permitem maior integração da rede, as relações de hierarquia não irão mudar, se não houver o contato pessoal entre os profissionais dos diversos níveis. Aponta que o especialista precisa sair do consultório e conhecer diretamente as pressões e demandas da população, o que possibilitaria sua mudança de atitude, de valorização e de respeito aos profissionais que constituem os outros níveis do sistema. Este movimento de maior aproximação já está em curso nos distritos onde foram implantados os Centros de Especialidades Médicas, nos quais os médicos de família têm relação mais próxima com os especialistas por meio de contatos telefônicos e e-mails.

Por fim, considera-se importante ressaltar o discurso de alguns gestores, que destacaram a ausência de políticas para a média complexidade por parte do Ministério da Saúde como uma das grandes dificuldades para assegurar o acesso à atenção especializada. Apesar das dificuldades enfrentadas, Belo Horizonte vem implementando ações para garantia da atenção secundária, o mesmo não sendo observado em relação ao gestor federal. Neste sentido, a maior parte dos investimentos para pôr à disposição o atendimento integral, que envolve necessariamente serviços especializados e

hospitalares, faz parte das iniciativas e esforços do gestor municipal: “(...) *para prover ao cidadão um atendimento integral, não há como esquecer esta parte. Você tem a atenção básica, mas se o paciente precisa seguir para outros níveis, não adianta só a atenção básica para garantir seu direito à saúde*” (gestor da SMSA/BH).

XI. COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS

A literatura internacional tem enfatizado a coordenação dos cuidados como estratégia crucial tanto para a busca de maior eficiência dos sistemas de saúde como para superar a histórica fragmentação da oferta de serviços de saúde e sua baixa eficácia nas condições sanitárias da população (Gérvás y Rico, 2005; Calnan et al., 2006; Hofmarcher et al., 2007).

A análise de experiências em curso nos países da União Européia tem acenado para os diferentes formatos que a coordenação dos cuidados pode assumir, variando de acordo com os atores sociais envolvidos e a perspectiva avaliativa adotada. Na presente pesquisa, buscou-se captar quais são as estratégias de coordenação dos cuidados implantadas nos municípios estudados bem como a avaliação desse processo por parte dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

1. ESTRATÉGIAS DE COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS

Autores como Feo et al. (2006), Watson (2004) e Starfield (2002) sinalizam que a coordenação dos cuidados supõe mudanças na organização e na gestão dos serviços de saúde, envolvendo a garantia de acesso, a integração dos diferentes níveis de assistência do sistema de serviços de saúde e a continuidade da atenção.

Em Belo Horizonte, quando perguntados se a coordenação dos cuidados aos doentes é tema presente no debate da política municipal de saúde, o gestor municipal e demais gerentes da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), bem como os representantes do COREN, da Associação Mineira de Medicina de Família e do Sindicato dos Médicos de Minas Gerais, foram unânimes em afirmar que é bastante presente no momento atual da SMSA.

Para o secretário municipal de saúde, a preocupação da gestão com a coordenação dos cuidados apareceu já como exigência da segunda fase de implantação da Estratégia Saúde da Família no município (a primeira fase, como visto anteriormente, corresponde à expansão da cobertura do Saúde da Família), em que se buscou organizar o processo de trabalho na rede de serviços de saúde a partir da definição das diretrizes assistenciais e da conformação do processo de trabalho das equipes de saúde da família (ESFs). Mas foi na terceira fase – voltada para a qualificação e a capacitação permanente dos profissionais de

saúde de toda a rede assistencial – que a coordenação do cuidado assumiu centralidade como estratégia para fazer avançar o sistema local: “*Sim, [a coordenação dos cuidados] é um objetivo claro. Aquela terceira fase a que eu me referi tem como maior desafio a coordenação comunitária e dar concretude à longitudinalidade. Este vai ser o salto de qualidade. A coordenação pode ser a grande novidade efetiva da Saúde da Família.(...) É onde nós podemos avançar muito: qualificando as pessoas, usando a rede, o acompanhamento, gerindo o cuidado à distância*” (secretário municipal de saúde).

A coordenadora de Atenção Básica do município argumenta que o debate em torno da coordenação do cuidado entrou na agenda da saúde municipal provocado pelo aprofundamento do debate sobre as diretrizes do modelo assistencial em saúde. Nesse sentido, a coordenação dos cuidados aos doentes passou a constituir parte integrante do documento de informação básica da SMSA como uma das atribuições das ESFs.

Concordando com essa perspectiva, o presidente do Sindicato dos Médicos de Minas Gerais identifica que a estratégia saúde da família impulsionou a discussão em torno da coordenação dos cuidados na gestão municipal.

Para alguns gerentes municipais, a preocupação com a coordenação do cuidado atravessa todos os níveis de gestão da rede municipal de saúde – desde o nível central até o local, passando pelo intermediário (gerências regionais) e incluindo os profissionais que atuam na ponta do sistema. Trata-se, portanto, de um mecanismo para organizar o sistema municipal de saúde como um todo e alcançar a integralidade. “*Não dá para pensar só um pedaço da rede, temos que pensá-la como um todo*”, diz a gerente de Regulação e Atenção Hospitalar.

Também foi unânime entre esse conjunto de entrevistados o reconhecimento de que a responsável pela coordenação do cuidado é a estratégia saúde da família, permitindo, inclusive ganhos importantes no alcance da longitudinalidade e na atenção integral à saúde, enfim, na qualidade da atenção como um todo.

Muitos são os desafios enfrentados no processo de implantação do papel da Atenção Básica, especialmente da equipe saúde da família como coordenadora do cuidado, apontados pelo conjunto de gerentes entrevistados. Em várias de suas falas, os gerentes municipais destacaram, como dificuldades, as resistências dos profissionais e a persistência da lógica assistencial hospitalocêntrica em grande centro urbano, no qual havia previamente uma rede assistencial robusta e desarticulada.

A palavra desafio foi recorrentemente mencionada para caracterizar esse processo, ao mesmo tempo em que sua efetiva implantação exige mudanças permanentes com resultados em longo prazo, como exemplifica a gerente de Vigilância em Saúde e Informação: *“A concretização da integralidade é um desafio para todos nós que trabalhamos no SUS”*. Por sua vez, a coordenadora de Atenção Básica diz: *“A SMSA faz uma discussão com os hospitais, de que o responsável pelo cuidado é o médico da atenção primária. Mas isso não é simples, porque a rede é grande demais – nós estamos falando de redes próprias e contratadas – e, às vezes, isso não acontece”*. E a Secretária Municipal Adjunta de Saúde completa: *“O nosso desafio é mexer com os paradigmas dos especialistas e da atenção hospitalar, na compreensão de que quem coordena o cuidado é a atenção básica.”*

Uma lista de grupos populacionais específicos foi apresentada aos entrevistados e solicitou-se que os respondentes assinalassem quais seriam, dentre esses grupos, os mais afetados pela inadequada coordenação dos cuidados. Quase todos os gerentes entrevistados indicaram que os portadores de doenças crônicas são os mais afetados. Essa percepção corrobora a perspectiva apontada na literatura (Giovanella, 2006) de que esse grupo de pacientes apresenta necessidades e demandas em saúde que atravessam os diferentes níveis assistenciais, tornando imperativa a coordenação de cuidados.

No entanto, muitos dos depoimentos realçaram o entendimento de que diversos grupos populacionais demandam atendimento contínuo, portanto a atenção à saúde de crianças, dos gestantes, dos idosos, de pessoas com doenças graves e portadores de doenças crônicas requer efetiva coordenação de cuidados, o que expressa que os gerentes da SMSA de Belo Horizonte tendem a associar coordenação dos cuidados com atenção contínua. O depoimento do Secretário Municipal de Saúde é exemplar nesse aspecto: *“Não há distinção. [A coordenação do cuidado] Vale para crianças, para o idoso, para o adulto portador de hipertensão, diabetes, obesidade e colesterol. Eles têm que entrar no circuito de cuidado contínuo”*.

Foi perguntada ao Secretário Municipal de Saúde sua opinião sobre os principais resultados potenciais de uma efetiva coordenação dos cuidados pela Atenção Primária em Saúde (APS). Essa pergunta contou com um conjunto de assertivas a serem assinaladas pelo entrevistado nos casos de concordância. O gestor municipal de Belo Horizonte assinalou que a implantação da coordenação do cuidado é um processo que permite ganhos de eficiência do sistema de saúde, ao melhorar o percurso dos usuários nos serviços de

diversos níveis assistenciais, reduzir internações sensíveis a intervenções na Atenção Básica, garantir o seguimento da atenção aos grupos com necessidades de saúde, melhorar o fluxo de informações e evitar a duplicação de procedimentos.

Em certo sentido, essa visão acompanha os demais gerentes de nível central da SMSA, tendo sido destacada a percepção de que a falta de coordenação do cuidado tende a gerar desperdício de recursos, sobrecarregando o sistema.

Entretanto, o secretário municipal de saúde argumenta que, no Brasil, não seria possível prever inicialmente a redução de custos do sistema de saúde decorrente de melhor coordenação, tendo-se em mente que a grande demanda só recentemente tem tido acesso ao sistema. Assim, a preocupação com a coordenação do cuidado passa menos pela redução de custos e mais pela qualidade da atenção e da eficiência do sistema de serviços de saúde: *“Num país como o Brasil, ainda demoraremos muito para reduzir custos em saúde. E temos dificuldade para quantificar necessidades em saúde, mas estamos muito aquém da oferta. A carga de doenças é inesgotável. São milhões de consultas... Reduzir custo? ... O ganho é muito grande na eficiência. Nós estamos expandindo a oferta porque é necessário. A [coordenação] reduz a geração de procedimentos desnecessários”*, afirmou o gestor.

As estratégias de coordenação dos cuidados que foram implantadas pelo município de Belo Horizonte passaram, segundo o gestor municipal, pela discussão do processo de trabalho dos profissionais da rede de serviços de saúde como um todo e, mais especificamente, do Saúde Família: *“como acompanhar minhas famílias, ou meus pacientes que exigem aquela linha de atenção?”*.

A adoção de alguns dispositivos, como a implantação de um banco de dados municipal para as AIHs e outro, para a diálise e a investigação de óbitos infantis e maternos, foi destacada pela secretária Municipal Adjunta de Saúde como estratégia concreta de coordenação do cuidado, o que revela uma concepção difusa em relação a esse conceito, na medida em que tais dispositivos não dizem respeito, necessariamente, a estratégias de coordenação, ainda que a disponibilidade e o acesso à informação também sejam condições essenciais.

Já a gerente de Vigilância e Informação em Saúde da SMS-BH ressaltou o investimento na atenção especializada, sobretudo com a implantação dos Centros de Especialidades Médicas (CEM) e do recurso da telemedicina: *“(...) Conseguimos avançar na perspectiva*

de uma estruturação melhor da nossa atenção secundária. Nós sabíamos que, com a implantação do PSF, aumentaria o acesso à atenção básica e que se não ampliássemos a atenção secundária ia levar a um grande gargalo”, afirmou a gerente de Vigilância e Informação em Saúde.

O município adota estratégias de linhas de cuidado para várias áreas consideradas prioritárias, como os portadores de doenças cardiovasculares, a atenção materna e infantil, a saúde da mulher e a do idoso, com atenção específica ainda para hipertensos e diabéticos, crianças asmáticas, entre outras. A definição das áreas prioritárias para a construção de linhas de cuidado passa, segundo a coordenadora de Atenção Básica, pela avaliação das necessidades de saúde combinada à perspectiva de melhoria do desempenho da atenção prestada: *“A elaboração de linhas de cuidado tem sido na prática um espaço de interlocução no qual os vários níveis assistenciais dão melhor identificação de problemas e de priorização mesmo, até mesmo de recursos insuficientes, para desobstruir fluxos, que as estão obstruídos...”*(coordenadora de Atenção Básica).

A perspectiva é de que com a definição de fluxos e de responsabilidades, as linhas de cuidado melhorem o percurso assistencial e garantam a efetividade da atenção. Na perspectiva dos gerentes entrevistados, a coordenação do processo de atenção cabe às ESFs. A discussão acerca das linhas de cuidado passa, segundo a secretária Municipal Adjunta, pelos fóruns colegiados da gestão municipal, tais como os comitês assistenciais. De acordo com a entrevistada, estes buscam garantir a integração entre os níveis do sistema através da interface entre as gerências de atenção básica, atenção secundária, urgência e de regulação.

Belo Horizonte adota estratégias de gestão de casos clínicos através de projetos terapêuticos que envolvem os diversos recursos disponíveis na própria unidade de saúde, especialmente em saúde mental.

A informatização do prontuário é outra estratégia que possibilita o compartilhamento de informações entre Atenção Básica, especialistas e a coordenação do cuidado. Parte do projeto “Saúde em Rede”, um dos objetivos da implantação do prontuário eletrônico é o aperfeiçoamento da organização do processo de trabalho assistencial, possibilitando subsídios para a agilização de tomadas de decisão clínica e melhoria na qualidade assistencial. As informações dos prontuários eletrônicos podem subsidiar processos de tomadas de decisões clínicas, administrativas e estratégicas (Queiroz et al., s/d)

De acordo com os diversos gerentes, Belo Horizonte investiu na informatização do prontuário, estando esse processo implantado, em agosto de 2008, em sete de um total de nove regiões de saúde. A Coordenadora de Atenção Básica ressalta que a perspectiva é de que todo o sistema municipal de serviços de saúde já trabalhe com prontuário informatizado até o final de 2008. Segundo o presidente do sindicato dos médicos de MG, a informatização do prontuário permitiu maior acesso do conjunto de profissionais às informações em saúde, mas queixa-se da lentidão da operação do sistema de informática.

O município conta com protocolos implantados em diversas áreas, os quais estão disponíveis ao conjunto de profissionais da saúde municipal pelo sistema intranet. Podem ser destacados aqueles referentes à atenção à saúde da criança, da mulher, do adulto, de doenças crônicas e ao fluxo de informações entre atenção primária e secundária, entre outros.

A gerente de Apoio Diagnóstico chama a atenção para o fato de que os protocolos são construídos, implantados e revisados com base no ciclo de vida. A representante do COREN-MG destaca que os protocolos são discutidos com as gerências municipais e com as unidades de saúde, mas menciona que alguns profissionais se queixam de ainda não terem se apropriado desses protocolos.

Os profissionais recebem capacitação para uso dos protocolos, conforme reconhecem diversos gerentes e os representantes do COREN e do sindicato dos médicos. Em geral, essa capacitação ocorre por temas, e os profissionais assim capacitados atuam como multiplicadores em seus locais de trabalho.

Para a representante do COREN-MG, a preocupação com a capacitação profissional é bastante presente na agenda da saúde municipal, mas esse processo tende, na sua opinião, a se concentrar entre os profissionais de nível superior, estando ainda tímido para os profissionais de nível médio.

Alguns gerentes chamam a atenção para as dificuldades na implantação dos protocolos decorrentes de resistências concernentes à lógica assistencial anterior à implantação do Programa Saúde da Família.

A par das diversas dificuldades levantadas, foi recorrente uma avaliação positiva sobre todo o processo de coordenação do cuidado. Ganhos de eficiência do sistema local de saúde, sobretudo em termos de maior integração entre os diferentes níveis do sistema, maximização dos recursos e redução das internações hospitalares foram frequentes nos

depoimentos: “*Estão caindo, ano a ano, as interações das doenças chamadas de passíveis de redução pela atenção primária. Todas elas. Em adultos e crianças*”, afirmou o secretário Municipal de Saúde.

A experiência de organização da rede assistencial considerada exitosa de Belo Horizonte tem recebido diversos prêmios, inclusive internacionais e, segundo depoimento do presidente da Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade, despertou o interesse do presidente da Associação Mundial de Médicos de Família, que virá ao Brasil especialmente para conhecê-la.

2. CONTINUIDADE INFORMACIONAL

A disponibilidade e a transferência de informações entre os diversos prestadores e níveis de cuidado têm sido apontadas na literatura como elementos potenciais para a melhoria da coordenação dos cuidados (Hofmarcher et al., 2007; Watson et al., 2004).

Na presente pesquisa buscou-se avaliar as estratégias adotadas pela Saúde da Família para promover a continuidade de informação através do registro e do uso da informação dos episódios de cuidado pelas ESFs, do fornecimento de informações aos outros prestadores, do recebimento da contrarreferência, da forma de organização dos prontuários e do registro dos atendimentos na unidade e domicílio.

Quando perguntados sobre a existência de normas para transferência de informações sobre pacientes entre os níveis de atenção, médicos e enfermeiros das ESFs de Belo Horizonte tiveram opiniões divididas. Enquanto metade dos médicos afirmou existir normas para a transferência de informações, a outra metade negou sua existência.

Entre os enfermeiros, o percentual dos que disseram existir normas para a transferência de informações sobre pacientes entre os níveis de atenção foi um pouco superior (59%), mas com participação percentual também importante dos que negaram a sua existência (41%).

Tabela 1 – D4 Existência de normas para transferência de informações sobre pacientes entre os níveis de atenção informada pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Existência de Normas	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	36	50,0	44	58,7	80	54,4
Não	36	50,0	31	41,3	67	45,6
Total	72	100,0	75	100,0	147	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Perguntou-se a opinião de médicos e enfermeiros das ESFs quanto à frequência de algumas ações e estratégias de coordenação dos cuidados adotadas na Atenção Básica municipal (tabelas D10).

Para 96% dos médicos, quando os pacientes são referidos a outros serviços, os profissionais de atenção básica **sempre ou na maioria das vezes** fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido. No entanto, para a maioria dos entrevistados (97%), os profissionais da atenção básica **poucas vezes ou nunca** recebem informações escritas sobre os resultados das consultas referidas a especialistas.

Essa percepção é compartilhada pelos enfermeiros, haja vista que a totalidade dos entrevistados afirmou que, **sempre ou na maioria das vezes**, os profissionais da atenção básica fornecem informações escritas sobre os usuários para serem entregues aos serviços referidos. No que diz respeito ao recebimento das informações escritas sobre os resultados das consultas com especialistas, a maioria (89%) dos enfermeiros também informou que **poucas vezes ou nunca** isso acontece.

Sobre o agendamento da consulta de retorno do usuário para saber os resultados dos exames, elevado quantitativo dos médicos (89%) informou que, **sempre ou na maioria das vezes**, este é realizado pela unidade e que o usuário é avisado (94%). Também, entre os enfermeiros, as avaliações sobre o agendamento da consulta de retorno do usuário para conhecimento do resultado dos exames foram positivas: mais de 90% dos entrevistados ressaltaram que, **sempre ou na maioria das vezes**, é feito diretamente pela unidade, avisando-se o usuário.

A procura da família pelos profissionais para discutir o problema de saúde do usuário foi avaliada de forma diferenciada pelos médicos e enfermeiros das ESFs. Mais da metade dos médicos entrevistados (60%) considerou que, **poucas vezes**, os profissionais procuram a família para discutir o problema de saúde do usuário, enquanto que para 57% dos enfermeiros entrevistados, os profissionais procuram a família para discutir o problema de saúde do usuário **sempre ou na maioria das vezes**. Contudo, um percentual também importante de enfermeiros (40%) declarou que essa discussão se realiza **poucas vezes**, o que indica que essa prática ainda está restrita a iniciativas de algumas ESFs.

Já a auditoria dos prontuários ou supervisão periódica para revisar a necessidade de referência aos outros níveis de atenção foi avaliada como processo residual para a maioria dos profissionais de nível superior: entre os médicos, 70% e mais dos entrevistados

afirmaram que **poucas vezes ou nunca** existe auditoria periódica dos prontuários ou mesmo supervisão periódica para revisar a necessidade de referência aos outros níveis de atenção. Entre os enfermeiros, mais da metade dos enfermeiros relatou que **poucas vezes ou nunca** há supervisão com este intuito. A maioria (cerca de 79%) também referiu que **poucas vezes ou nunca** existe auditoria periódica dos prontuários médicos.

No que se refere à disponibilidade dos prontuários médicos para exame do usuário pelo profissional, mais de 90% dos médicos e de 98% dos enfermeiros referiram que **sempre ou na maioria das vezes** os prontuários estão disponíveis durante o exame do usuário.

Tabela 2 – D10 Ações para continuidade informacional e estratégias de coordenação, segundo Médicos, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Ações e estratégias	Médico									
	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Quando os pacientes são referidos para outros serviços, os profissionais de atenção básica fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido	60	83,3	9	12,5	2	2,8	1	1,4	-	-
b) Os profissionais de atenção básica recebem informações escritas sobre os resultados das consultas referidas a especialistas	-	-	2	2,8	46	63,9	24	33,3	-	-
c) O agendamento da consulta de retorno do usuário para saber os resultados dos exames é feito diretamente pela unidade	35	48,6	29	40,3	7	9,7	1	1,4	-	-
d) O usuário é avisado sobre esse agendamento	43	59,7	25	34,7	1	1,4	1	1,4	2	2,8
e) Os profissionais procuram a família para discutir problema de saúde do usuário	4	5,6	23	31,9	43	59,7	2	2,8	-	-
f) Existe supervisão periódica para revisar a necessidade de referência aos outros níveis de atenção	2	2,8	14	19,4	31	43,1	23	31,9	2	2,8
g) Os prontuários médicos sempre estão disponíveis quando o profissional examina o usuário	24	33,3	42	58,3	6	8,3	-	-	-	-
h) Existe auditoria periódica dos prontuários médicos	-	-	1	1,4	11	15,3	45	62,5	15	20,8

Observação: n= 72 médicos e n=75 enfermeiros.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Tabela 3 – D10 Ações para continuidade informacional e estratégias de coordenação, segundo Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Ações e estratégias	Enfermeiro									
	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Quando os pacientes são referidos para outros serviços, os profissionais de atenção básica fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido	58	77,3	17	22,7	-	-	-	-	-	-
b) Os profissionais de atenção básica recebem informações escritas sobre os resultados das consultas referidas a especialistas	1	1,3	6	8,0	51	68,0	16	21,3	1	1,3
c) O agendamento da consulta de retorno do usuário para saber os resultados dos exames é feito diretamente pela unidade	44	58,7	25	33,3	5	6,7	1	1,3	-	-
d) O usuário é avisado sobre esse agendamento	57	76,0	14	18,7	3	4,0	1	1,3	-	-
e) Os profissionais procuram a família para discutir problema de saúde do usuário	10	13,3	33	44,0	30	40,0	2	2,7	-	-
f) Existe supervisão periódica para revisar a necessidade de referência aos outros níveis de atenção	5	6,7	17	22,7	20	26,7	24	32,0	9	12,0
g) Os prontuários médicos sempre estão disponíveis quando o profissional examina o usuário	43	57,3	31	41,3	1	1,3	-	-	-	-
h) Existe auditoria periódica dos prontuários médicos	-	-	1	1,3	11	14,7	48	64,0	15	20,0

Observação: n= 72 médicos e n=75 enfermeiros.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Tabela 4 – D10 Ações para continuidade informacional e estratégias de coordenação, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008 – TOTAL

Ações e estratégias	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Não sabe		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Quando os pacientes são referidos para outros serviços, os profissionais de atenção básica fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido	118	80,3	26	17,7	2	1,4	1	0,7	-	-	147	100,0
b) Os profissionais de atenção básica recebem informações escritas sobre os resultados das consultas referidas a especialistas	1	0,7	8	5,4	97	66,0	40	27,2	1	0,7	147	100,0
c) O agendamento da consulta de retorno do usuário para saber os resultados dos exames é feito diretamente pela unidade	79	53,7	54	36,7	12	8,2	2	1,4	-	-	147	100,0
d) O usuário é avisado sobre esse agendamento?	100	68,0	39	26,5	4	2,7	2	1,4	2	1,4	147	100,0
e) Os profissionais procuram a família para discutir problema de saúde do usuário	14	9,5	56	38,1	73	49,7	4	2,7	-	-	147	100,0
f) Existe supervisão periódica para revisar a necessidade de referência aos outros níveis de atenção	7	4,8	31	21,1	51	34,7	47	32,0	11	7,5	147	100,0
g) Os prontuários médicos sempre estão disponíveis quando o profissional examina o usuário	67	45,6	73	49,7	7	4,8	-	-	-	-	147	100,0
h) Existe auditoria periódica dos prontuários médicos	-	-	2	1,4	22	15,0	93	63,3	30	20,4	147	100,0

Observação: n= 72 médicos e n=75 enfermeiros.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

A forma predominante de organização dos prontuários de saúde é por indivíduo, como informaram 49% do total de médicos e enfermeiros. De acordo com 30% dos profissionais, a organização dos prontuários se dá por família. Já 21% relataram que os prontuários de saúde na unidade estão organizados por indivíduo e por família.

Tabela 5 – D11 Forma de organização dos prontuários informada pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Organização dos prontuários	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Indivíduo	34	47,2	38	50,7	72	49,0
Família	23	31,9	21	28,0	44	29,9
Indivíduo e família	15	20,8	16	21,3	31	21,1
Total	72	100,0	75	100,0	147	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

O prontuário do usuário é também a forma predominante de registro dos atendimentos, haja vista que a maioria dos médicos e enfermeiros entrevistados (86%) faz anotações sobre a saúde do usuário após cada consulta no prontuário do usuário e não no da família (D12).

Tabela 6 – D12 Anotações sobre a saúde do usuário após cada consulta pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Anotações sobre a saúde do usuário após consulta	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
a) Sim, no prontuário do usuário	64	88,9	62	82,7	126	85,7
b) Sim, no prontuário da família	3	4,2	9	12,0	12	8,2
c) Sim, no prontuário do usuário e da família	6	8,3	10	13,3	16	10,9
d) Não faço anotações	-	-	-	-	-	-

Observação: n= 72 médicos e n=75 enfermeiros.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Confirmando a importância do prontuário como fonte de registro de informações de saúde, um percentual elevado de médicos (92%) e enfermeiros (80%) afirmou utilizar o prontuário de saúde para fazer anotações após cada consulta **sempre ou na maioria das vezes**.

Tabela 7 – D13 Frequência com que utiliza o prontuário de saúde para fazer anotações após cada consulta pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Anotações no prontuário de saúde após consulta	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sempre	66	91,7	60	80,0	126	85,7
Na maioria das vezes	5	6,9	15	20,0	20	13,6
Poucas vezes	1	1,4	-	-	1	0,7
Total	72	100,0	75	100,0	147	100,0

Observação: n =72 médicos que afirmaram fazer anotações sobre a saúde do usuário após cada consulta; n =75 enfermeiros que afirmaram fazer anotações sobre a saúde do usuário após cada consulta.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Auxiliares/técnicos de enfermagem, em sua maioria, registram os procedimentos: 73% fazem anotações após procedimentos no prontuário do usuário e 21% anotam em instrumento similar ao prontuário ao qual os demais profissionais têm acesso.

Tabela 8 – D3 Realização de anotações sobre a saúde do usuário após a realização de procedimentos/atividades de saúde informada pelos auxiliares/técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Anotações sobre a saúde do usuário após procedimentos/ atividades de saúde	n	%
Sim, no prontuário do usuário	65	73,0
Sim, em instrumento similar ao prontuário ao qual os demais profissionais têm acesso	19	21,3
Sim, anotações para uso pessoal	3	3,4
Não faço anotações	2	2,2
Total	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Os auxiliares/ técnicos de enfermagem, em sua maioria (97%), também descrevem os atendimentos domiciliares realizados no prontuário de saúde dos usuários.

Tabela 9 – D2 Relato dos atendimentos domiciliares no prontuário de saúde dos usuários informado pelos auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Relato dos atendimentos domiciliares	n	%
Sim	86	96,6
Não	3	3,4
Total	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

As visitas domiciliares são relatadas no prontuário do usuário, segundo 82% dos agentes comunitários de saúde (ACS); 18% dos entrevistados disseram que estas não são relatadas.

Tabela 10 – D2 Relato de visitas domiciliares no prontuário de saúde do usuário, segundo os Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Relato de visitas domiciliares	n	%
Sim	139	81,8
Não	30	17,6
Não respondeu	1	0,6
Total	170	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Todavia, mais da metade dos ACS (60%) declararam que fazem anotações das visitas domiciliares realizadas somente para uso pessoal. Cerca de 21% relatam por escrito em instrumento similar ao prontuário e apenas 8% as anotam no prontuário do usuário, índice inferior, inclusive, ao dos que mencionaram não realizar anotações (11%). Essa informação contrasta com a declaração anterior que aponta para o prontuário do usuário como a principal fonte de registro das visitas domiciliares. Se, de fato, essa é a principal fonte de

registro, não são os ACS que a fazem, embora sejam esses os profissionais, dentro da ESF, os que mais as realizam.

Tabela 11 – D3 Relato sobre a saúde do usuário após visitas domiciliares feito pelos Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Relato sobre a saúde do usuário	n	%
a) Sim, no prontuário do usuário	13	7,6
b) Sim, em instrumento similar ao prontuário ao qual os demais profissionais têm acesso	36	21,2
c) Sim, anotações para uso pessoal	102	60,0
d) Não faz anotações	19	11,2

Observação: n=170 ACS

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

3. AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO PELOS PROFISSIONAIS

Também em relação à coordenação dos cuidados, a pesquisa buscou conhecer a avaliação feita pelos próprios profissionais das ESFs a respeito das estratégias desenvolvidas no município.

Apresentou-se aos profissionais de nível superior das ESFs (médicos e enfermeiros) um quadro que continha um conjunto de situações envolvendo os esforços para a coordenação dos cuidados e solicitou-se que assinalassem seu grau de concordância em relação a cada uma dessas situações.

Sobre o envolvimento das enfermeiras das ESFs no processo de coordenação dos cuidados, a maior parte dos médicos (95%) informou concordar ou concordar muito que as enfermeiras são ativamente envolvidas. A totalidade dos enfermeiros afirmou concordar muito (60%) ou concordar (40%) que as enfermeiras são ativamente envolvidas nessa coordenação.

A especificação na política local do papel da ESF como porta de entrada e sua função na coordenação dos cuidados foi reconhecida. A maior parte dos médicos (79%) concordou ou concordou muito que o papel da ESF na função de porta de entrada e de coordenação está especificado na política local, enquanto que esse percentual foi ainda mais elevado entre os enfermeiros: cerca de 86%.

No que se refere à permissão para que os médicos do PSF no município acompanhem seu paciente durante a internação, 69% dos médicos entrevistados discordaram ou discordaram muito dessa assertiva, enquanto que apenas 12,5% concordaram e cerca de 18% disseram não saber responder. Entre os enfermeiros, 61% discordaram ou discordaram muito de que

no município é permitido aos médicos do PSF acompanhar seu paciente durante a internação, enquanto que 33% não souberam responder.

Perguntados se os profissionais do PSF desfrutam do mesmo nível de reconhecimento profissional que os especialistas, quase 85% dos médicos relataram discordar ou discordar muito que os profissionais do PSF desfrutam do mesmo nível de reconhecimento profissional que os especialistas. Os resultados entre enfermeiros são similares: 84% discordaram ou discordaram muito. Apenas cerca de 3% desses profissionais concordaram muito e outros 9% concordaram que os profissionais do PSF e especialistas possuem o mesmo nível de reconhecimento profissional.

Tabela 12 – D22 Avaliação dos esforços para coordenação dos cuidados por Médicos, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Critério	Médico									
	Concorda muito		Concorda		Discorda		Discorda muito		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) As enfermeiras são ativamente envolvidas na coordenação dos cuidados;	23	31,9	45	62,5	4	5,6	-	-	-	-
b) Na política local está especificado o papel da ESF na função de porta de entrada e sua função de coordenação;	18	25,0	39	54,2	12	16,7	1	1,4	2	2,8
c) Em seu município é permitido aos médicos do PSF acompanhar seu paciente durante a internação	-	-	9	12,5	31	43,1	19	26,4	13	18,1
d) Profissionais do PSF desfrutam do mesmo nível de reconhecimento profissional que os especialistas	1	1,4	9	12,5	27	37,5	34	47,2	1	1,4

Observação: n= 72 médicos e n=75 enfermeiros.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Tabela 13 – D22 Avaliação dos esforços para coordenação dos cuidados por Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Critério	Enfermeiro									
	Concorda muito		Concorda		Discorda		Discorda muito		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) As enfermeiras são ativamente envolvidas na coordenação dos cuidados;	45	60,0	30	40,0	-	-	-	-	-	-
b) Na política local está especificado o papel da ESF na função de porta de entrada e sua função de coordenação;	13	17,3	52	69,3	9	12,0	1	1,3	-	-
c) Em seu município é permitido aos médicos do PSF acompanhar seu paciente durante a internação	2	2,7	2	2,7	25	33,3	21	28,0	25	33,3
d) Profissionais do PSF desfrutam do mesmo nível de reconhecimento profissional que os especialistas	2	2,7	7	9,3	45	60,0	18	24,0	3	4,0

Observação: n= 72 médicos e n=75 enfermeiros.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Tabela 14 – D22 Avaliação dos esforços para coordenação dos cuidados por Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Critério	Concorda muito		Concorda		Discorda		Discorda muito		Não sabe		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	a) As enfermeiras são ativamente envolvidas na coordenação dos cuidados;	68	46,3	75	51,0	4	2,7	-	-	-	-	147
b) Na política local está especificado o papel da ESF na função de porta de entrada e sua função de coordenação;	31	21,1	91	61,9	21	14,3	2	1,4	2	1,4	147	100,0
c) Em seu município é permitido aos médicos do PSF acompanhar seu paciente durante a internação	2	1,4	11	7,5	56	38,1	40	27,2	38	25,9	147	100,0
d) Profissionais do PSF desfrutam do mesmo nível de reconhecimento profissional que os especialistas	3	2,0	16	10,9	72	49,0	52	35,4	4	2,7	147	100,0

Observação: n= 72 médicos e n=75 enfermeiros.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Em resumo:

A coordenação dos cuidados tem sido destacada internacionalmente como aspecto fundamental para a organização de sistemas integrais de saúde, sendo identificada como estratégia capaz tanto de garantir a continuidade da atenção quanto de otimizar o uso dos recursos em saúde. Na pesquisa buscou-se conhecer as concepções e as estratégias desenvolvidas pelos municípios estudados para a garantia da coordenação dos cuidados e

da continuidade da atenção, bem como a avaliação dos profissionais das ESFs sobre tais estratégias.

Em Belo Horizonte, foi possível observar um discurso afinado entre o secretário municipal de saúde e demais gerentes de nível central da SMSA sobre a importância da coordenação do cuidado no âmbito da gestão municipal. Em linhas gerais, os entrevistados ressaltaram que a efetiva coordenação dos cuidados gera ganhos de eficiência para o sistema de serviços de saúde, possibilitando o alcance da atenção integral à saúde e da longitudinalidade – um dos atributos da própria APS, como pontua Starfield (2002).

A perspectiva dos gestores é confirmada, em parte, pelos depoimentos de médicos e enfermeiros das ESFs: para 83% desses profissionais, o papel da ESF nas funções de porta de entrada e de coordenação está especificado na política local.

Também foi consensual entre os gerentes de nível central da SMSA o entendimento de que é a Saúde da Família quem deve assumir a coordenação dos cuidados. Alguns entrevistados chegaram a afirmar que a implantação dessa Estratégia impulsionou o debate em torno da coordenação dos cuidados. Segundo os depoimentos, as estratégias de coordenação dos cuidados que foram implantadas em âmbito municipal passam pela discussão em torno do processo de trabalho dos profissionais da rede de serviços de saúde, mais especificamente das ESFs. Entre esses profissionais (médicos e enfermeiros) entrevistados, a maioria (97%) informou concordar ou concordar muito que os enfermeiros das ESFs são ativamente envolvidos na coordenação dos cuidados.

Em relação aos grupos populacionais específicos, todos os gerentes assinalaram que os portadores de doenças crônicas e os pacientes graves tendem a ser os mais afetados pela inadequada coordenação dos cuidados. No entanto, a maior parte desses entrevistados realçou o entendimento de que diversos grupos populacionais demandam atendimento contínuo e, portanto, a atenção à saúde de crianças, gestantes, idosos, pessoas com doenças graves e portadores de doenças crônicas requer efetiva coordenação de cuidados, o que pode ser explicado pela associação entre coordenação de cuidado e atenção contínua.

Diversos dispositivos para a coordenação dos cuidados foram adotados em Belo Horizonte e citados pelos gerentes entrevistados, dentre os quais o investimento na atenção especializada, sobretudo com a inauguração dos CEM, o uso de recursos de tecnologias de informação e comunicação, como a telemedicina e os prontuários eletrônicos, a construção de linhas de cuidado e o uso de protocolos.

O município adota estratégias de linhas de cuidado para várias áreas consideradas prioritárias, tais como portadores de doenças cardiovasculares, atenção materna, saúde da criança (criança asmática, desnutrida), da mulher, do idoso. Não fica suficientemente claro, no entanto, em que medida essas linhas de cuidado inovam em relação às clássicas ações programáticas.

Alguns gerentes sinalizaram que a definição das linhas prioritárias passa pela avaliação das necessidades de saúde e pela perspectiva de melhoria do desempenho da atenção prestada. Mas o diferencial das linhas de cuidado em Belo Horizonte parece residir na discussão coletiva – através de fóruns colegiados que envolvem gestores e profissionais de saúde de diversos níveis da atenção – em que se busca garantir a integração entre os diversos níveis do sistema através da interface entre as gerências de atenção básica, atenção secundária, urgência e regulação. Espera-se, desse modo, melhorar o percurso assistencial do sistema e assegurar a efetividade da atenção.

A disponibilidade de informações e a continuidade informacional entre os níveis do sistema também têm sido destacadas como estratégias fundamentais para a garantia da coordenação dos cuidados. A gestão municipal da saúde em Belo Horizonte investiu na informatização do prontuário em anos recentes, cobrindo sete das nove regiões de saúde do município. Na avaliação dos gerentes da SMSA e dos representantes dos conselhos profissionais, a informatização do prontuário permitiu maior acesso do conjunto de profissionais as informações em saúde da população coberta e o intercâmbio entre profissionais das ESFs e especialistas. Há queixas, no entanto, sobre a lentidão do sistema operacional.

De acordo com a quase totalidade (95%) dos profissionais de nível superior das ESFs (médicos e enfermeiros), os prontuários médicos estão **sempre ou na maioria das vezes** disponíveis para consulta do profissional durante o exame do usuário. Alguns profissionais informaram fazer uso de prontuário individual (49%), outros do prontuário familiar (30%) e os outros 21% declararam que os prontuários estão organizados por indivíduos e por famílias. Para a grande maioria dos profissionais das ESFs (incluindo os auxiliares de enfermagem e ACS), o prontuário é o principal registro das ações desenvolvidas pelas ESFs, ainda que outras formas de documentação também sejam usadas.

Em relação à continuidade informacional entre os diferentes níveis do sistema de saúde, a maior parte dos médicos e enfermeiros (98%) declarou que fornecem informações escritas

sempre ou na maioria das vezes, quando os pacientes são referidos para outros serviços. No entanto, quando se trata de recebimento de informações escritas a respeito dos resultados das consultas referidas a especialistas, grande parte dos entrevistados (93%) informou que isso **poucas vezes ou nunca** acontece.

Outra estratégia de coordenação do cuidado que foi adotada em Belo Horizonte diz respeito ao estabelecimento de protocolos de atenção, que seguem as recomendações gerais do Ministério da Saúde, mas são adaptados às exigências locais, passando por amplo processo de discussão de forma a envolver o maior número de participantes.

De acordo com alguns gerentes da SMS, os protocolos são construídos, implantados e revisados com base no ciclo de vida, na perspectiva de atender as necessidades de saúde dos diversos grupos populacionais. Encontravam-se implantados em Belo Horizonte, no mês de agosto de 2008, os seguintes protocolos: saúde da criança, da mulher, do adulto, de doenças crônicas e do fluxo de informações entre atenção primária e secundária, entre outros.

Embora enfatizem a percepção de que a coordenação dos cuidados é processo contínuo, cujos impactos só são perceptíveis em médio e longo prazos, os gerentes da SMSA apontaram alguns ganhos de eficiência já observados no sistema municipal de saúde, dentre os quais a maior integração entre os diferentes níveis do sistema, a maximização dos recursos e a redução das internações hospitalares.

A par dos avanços, muitos são os desafios enfrentados no processo de implantação do papel da Atenção Básica, especialmente dão Programa Saúde da Família como coordenador dos cuidados. Foram destacados, pelos gerentes municipais, aspectos como resistências dos profissionais e persistência da lógica assistencial hospitalocêntrica em um grande centro urbano, no qual havia previamente uma rede assistencial robusta e desarticulada.

Na avaliação da maioria dos médicos e enfermeiros das ESFs, os médicos do Saúde da Família não têm permissão para acompanhar o paciente durante a internação (65% dos entrevistados discordaram ou discordaram muito que seja permitido este acompanhamento). Também, a maioria desses profissionais discorda ou discorda muito da afirmativa de que os profissionais das ESFs desfrutam do mesmo nível de reconhecimento profissional que os especialistas, questão que conforma empecilho importante à adesão dos profissionais à Estratégia Saúde da Família.

XII. INTERSETORIALIDADE

A construção de uma atenção primária em saúde (APS) abrangente requer, para além dos aspectos relacionados à constituição e à organização dos serviços e das práticas sanitárias *strictu sensu*, o desenvolvimento de ações intersetoriais dirigidas ao enfrentamento dos determinantes mais gerais dos processos saúde-enfermidade. Envolve, assim, o esforço de construção de ações coordenadas dos diversos setores e das instâncias governamentais e não-governamentais.

A ação intersetorial busca superar a fragmentação das políticas públicas e é entendida como a interação entre diversos setores no planejamento, na execução e no monitoramento de intervenções para enfrentar problemas complexos e necessidades de grupos populacionais (Junqueira, 2000).

Em saúde, a articulação intersetorial é imprescindível para incidir sobre os determinantes sociais do processo saúde-enfermidade e promover a saúde. Os resultados (finais ou intermediários) de saúde alcançados por meio da intersetorialidade são mais efetivos do que aqueles que o setor saúde alcançaria por si só (Teixeira e Paim, 2002).

De fato, como apontam Carvalho e Buss (2008), a atuação sobre os diversos níveis dos determinantes sociais extrapola as competências e atribuições das instituições de saúde e torna obrigatória a ação coordenada dos diversos setores e instâncias governamentais.

A extensão na qual o setor saúde toma a iniciativa e lidera a intervenção intersetorial depende do tipo de problema a enfrentar: desde tomar a liderança até ser um entre muitos parceiros (WHO/PHAC, 2008). Na perspectiva da atenção primária em âmbito municipal, a atuação intersetorial deve se processar em diversos níveis: na ação comunitária do território, na articulação da SMSA, na articulação de políticas municipais.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família define, entre seus objetivos, o estabelecimento de parcerias para o desenvolvimento de ações intersetoriais e a intervenção sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta, devendo as equipes de saúde da família (ESFs) “*promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados*” (MS; 2001b:75).

A construção da intersetorialidade constitui, no entanto, um desafio (Andrade, 2006), haja vista a fragmentação imposta pela lógica das administrações governamentais centralizadas, que são setorizadas e competitivas, bem como a ausência de uma política estratégica de desenvolvimento social e, ainda, o predomínio da racionalidade médica nas arenas da saúde.

Na presente pesquisa buscou-se analisar a abrangência da atuação intersetorial da Estratégia Saúde da Família a partir tanto do exame do processo de trabalho das ESFs, no que tange à incorporação de práticas intersetoriais, como também do estudo das iniciativas de articulação com outros setores de políticas públicas, promovidas pela própria Secretaria Municipal de Saúde (SMSA).

Assim, procurou-se captar as iniciativas intersetoriais existentes no município e o papel desempenhado pela Estratégia Saúde da Família, considerando a perspectiva tanto da SMSA como de outros setores de políticas públicas; os campos de atuação, as modalidades de articulação e as parcerias desenvolvidas entre os diversos setores; as práticas das ESFs para atuação intersetorial; e a participação social e a integração da comunidade nessas ações.

1. INICIATIVAS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Em Belo Horizonte foi possível observar que a articulação intersetorial constitui uma diretriz da atual gestão municipal e envolve as diversas secretarias voltadas à área social. Existem vários fóruns colegiados com participação dos diferentes níveis da gestão municipal.

No âmbito mais central de gestão da cidade, o município conta com a **Câmara Intersetorial Permanente de Políticas Sociais** e a **Câmara Intersetorial Permanente de Políticas Urbanas**, que são coordenadas pelos respectivos secretários, subordinadas ao prefeito e com a participação das demais secretarias de governo e discutem regularmente o orçamento e a integração das políticas.

O município conta também com **grupos executivos**, que funcionam como grupos de trabalho (GT) para determinados temas, tais como: áreas de risco, coordenado pela Secretaria de Política Urbana; controle da dengue, coordenado pela Secretaria de Saúde; e o GT do Programa Bolsa Família, composto pelas secretarias de políticas sociais, saúde, educação e assistência social, entre outros.

Há ainda os **Núcleos Intersetoriais Regionais (NIR)**, que reúnem os setores de saúde, educação e assistência social nas nove gerências regionais para o acompanhamento do Programa Bolsa Família.

Além desses fóruns colegiados, merecem destaque pela prioridade da gestão municipal dois programas cujo desenho institucional estabelece a intersetorialidade como um dos princípios organizativos: o **Programa BH Cidadania**, que realiza ações integradas em territórios com maior vulnerabilidade através da articulação da saúde, educação, transporte, cultura e assistência social; e o **Programa Vila Viva**, o qual desenvolve ações de urbanização em aglomerados subnormais (vilas e favelas) mediante a integração dos setores de saneamento, habitação, meio ambiente, geração de emprego e renda, saúde e educação.

O envolvimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte em ações intersetoriais segue não apenas a orientação da atual gestão municipal como um todo, mas configura também uma estratégia inserida na concepção ampla de *Saúde Integral*: o cuidado em saúde depende da articulação de todos os serviços da rede, com o acompanhamento da equipe da saúde da família e da *'integração orgânica'* das diversas secretarias municipais.

Na fala de quase todos os gestores entrevistados foi possível identificar a percepção de que o enfrentamento dos problemas de saúde exige a articulação entre os diferentes setores de políticas sociais. Merece destaque, nesse sentido, a iniciativa da SMSA de manter uma assessoria para ações intersetoriais no nível central da secretaria, vinculada diretamente ao secretário municipal de saúde e encarregada de fomentar e coordenar a articulação com outros setores sociais.

A SMSA participa da Câmara Intersetorial Permanente de Política Social, do Comitê Municipal do Trânsito (especificamente, em torno de estratégias para redução de acidentes) e do grupo executivo de áreas de risco, afora coordenar o grupo executivo de controle da dengue. Da mesma forma, desenvolve ações de forma articulada com diversas outras secretarias municipais, como especificado a seguir.

a) **Secretaria Municipal de Política Social (SMPS)** – No interior da SMPS estão as secretarias adjuntas de Abastecimento, de Assistência Social, de Direitos de Cidadania e de Esportes. Com essa secretaria, a SMSA desenvolve diversas ações e projetos, dos quais se destaca a **Academia da Cidade** por sua maior visibilidade no município. Trata-

se de um projeto voltado à promoção da saúde, ao aumento da qualidade de vida e à prevenção da obesidade, do sedentarismo e dos acidentes cardiovasculares. É gerido pela Secretaria de Saúde e envolve, além da SMPS, os setores de Esporte e Educação.

Também no âmbito dessa secretaria, mais especificamente, através das gerências de programas de transferência de renda são desenvolvidas ações de forma articulada com a SMSA no que se refere ao Programa Bolsa Família, em função das condicionalidades que as famílias precisam cumprir para o recebimento do benefício.

A participação da SMSA nos núcleos intersetoriais regionais do Bolsa Família é voltada prioritariamente para o acompanhamento mais atento das famílias que se encontram em situação de descumprimento das condicionalidades da saúde (vacinação, acompanhamento do pré-natal, e desenvolvimento da criança), embora a gerente dos Programas de Transferência de Renda tenha afirmado que a Saúde não tem dificuldades neste monitoramento, pois as famílias respondem ao cumprimento das condicionalidades.

Em conjunto a essa secretaria, a SMSA também desenvolve ações direcionadas a mudanças das instituições de longa permanência para idosos e participa ainda do grupo de trabalho do idoso e do fórum população de rua.

b) **Programa BH Cidadania** – Conforme informativo da Prefeitura, o Programa BH Cidadania foi estruturado a partir dos princípios da territorialidade, da descentralização e da intersetorialidade. Ao ser implantado em 2002, gerou o mapa das áreas prioritárias para a Inclusão Social nas nove regiões da cidade, identificando as áreas de grande vulnerabilidade social por meio de indicadores sociais, entre os quais o Índice de Qualidade de Vida Urbana (IQVU) e o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS).

Vinculado à SMPS, o BH Cidadania propõe um modelo de gestão das Políticas Sociais que integra as ações das Secretarias Adjuntas de Assistência, de Abastecimento, de Esportes e de Direitos de cidadania, além das Secretarias Municipais de Educação e de Saúde, atuando com foco na família e não no indivíduo isoladamente.

Diferente de programas temáticos, o BH Cidadania não se concentra em atividades específicas. Sua principal função é articular as ações existentes nas diversas políticas instituídas no município com o objetivo de organizá-las, de modo a favorecer a articulação intersetorial, a otimização das ações e dar maior potência às intervenções direcionadas ao público morador das áreas socialmente mais críticas.

O BH Cidadania pretende beneficiar cerca de 120 mil pessoas através de ações integradas nas nove regiões da cidade. O Programa possui uma Comissão Local composta por gestores dos diferentes setores da prefeitura por representantes de instituições parceiras, que desenvolvem trabalho no território, e por representantes da comunidade. Este espaço é utilizado para avaliar problemas, propor ações, discutir como executá-las e transformar as diretrizes em ações concretas.

A Secretaria Municipal de Saúde desenvolve ações de forma articulada com o Programa BH Cidadania desde o projeto piloto em 2002. A própria definição do território escolhido pelo programa é baseada nas tecnologias do setor Saúde, pois a indicação dos locais com maior vulnerabilidade toma em conta questões trabalhadas pela Saúde, tais como os setores censitários com risco à saúde elevado e muito elevado.

c) **Secretaria Municipal de Educação** – Com a Secretaria de Educação, a SMSA realiza encontros regulares para articulação e acompanhamento do Projeto **Escola Integrada**, que desenvolve ações no contraturno, ou seja, fora do horário das aulas. Os alunos frequentam oficinas de educação em saúde nas instituições existentes no espaço geográfico da escola. Atualmente, a Secretaria de Saúde está elaborando o Projeto **Saúde na Escola** junto com a Educação.

Outra iniciativa conjunta entre os setores de educação e saúde no município é o programa intitulado **Olhar Brasil**. Desenvolvido nas escolas municipais, em especial nas unidades de educação infantil (até cinco anos), o programa conta com a atuação de profissionais de saúde nas escolas para verificar a acuidade visual dos alunos.

d) **Secretaria Municipal de Limpeza Urbana (SMLU)** – A Limpeza Urbana e a SMSA participam diretamente dos fóruns intersetoriais denominados grupos executivos de combate à dengue e de áreas de risco. O **grupo executivo de combate à dengue** foi criado por determinação do prefeito, que o acompanha diretamente. Além da SMSA e da SMLU, também participam desse grupo as nove secretarias de administração regional, as secretarias de políticas urbanas, de educação e de planejamento, bem como a assessoria de comunicação da prefeitura, os distritos sanitários de saúde e, ainda, o setor de vigilância em saúde da Secretaria Municipal de Saúde.

Por sua vez, no **grupo executivo de áreas de risco**, os dois setores planejam, de forma conjunta, as ações de prevenção de risco de acidente, em função das chuvas, por

exemplo. Além do risco geológico de escorregamento, debate-se o risco de saúde nos períodos de enchentes.

A articulação entre a Saúde e a Limpeza Urbana extrapola os dois grupos executivos acima mencionados. A parceria entre estes setores foi estabelecida de forma mais direta devido às ações de controle de zoonoses, pois as áreas que acumulam resíduos, os orgânicos em especial (fonte de alimentos para determinados animais), são áreas propícias ao desenvolvimento de vetores. Nesse sentido, os setores desenvolvem ações conjuntas de **educação ambiental**, na qual o setor saúde contribui com informações a respeito de doenças transmitidas pelo lixo, recorrência de problemas de zoonoses etc. e ainda ações conjuntas de **mutirão de limpeza**.

O SMSA e o SMLU atuam também como parceiros da Educação no Programa Escola Integrada. Este programa *“promove, de formas diferenciadas, no território da cidade, uma série de encontros que forcem a ação intersetorial”*, destacou a superintendente de limpeza urbana.

e) **Demais órgãos públicos em âmbito municipal** – outras ações são desenvolvidas de forma articulada entre a SMSA e demais setores governamentais em Belo Horizonte, tais como o Comitê Municipal de Trânsito – voltado especialmente para a prevenção de acidentes de trânsito – composto pela SMSA, empresa de trânsito BHTRANS, universidades, conselhos regionais, ONGs, DETRAN, DNER, a polícia e outras instituições; e o grupo de trabalho sobre violência, que reúne os setores de Saúde, Educação, Assistência Social e Direito e Cidadania para discutirem e proporem ações voltadas ao enfrentamento da violência doméstica, incluindo mulher, idoso e criança.

2. INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES E CONTRIBUIÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O município de Belo Horizonte definiu a Saúde da Família como estratégia estruturante do sistema municipal de saúde e modelo de atenção integral à saúde como ‘marca’ do atual governo. Como dito anteriormente, há no âmbito da SMSA uma compreensão ampla sobre o conceito de atenção integral em saúde, para a qual o cuidado em saúde requer a articulação de todos os serviços da rede, com acompanhamento da equipe da Saúde da Família e da integração das diversas secretarias municipais.

O principal foco de intervenção intersetorial para o setor saúde, segundo a coordenação da atenção básica, são as famílias vulneráveis, ou seja, as famílias pobres em que há

problemas, como alcoolismo, uso de drogas e abandono/negligência com idosos. A entrevistada afirmou que as equipes da Saúde da Família cuidam das famílias a partir de abordagem múltipla, como alternativa possível para obter soluções.

Os eixos de ação intersetorial que possuem centralidade no Saúde da Família são: dengue, DST/AIDS, saneamento, violência, doenças de veiculação hídrica, distúrbios nutricionais, doenças cardiovasculares e seus fatores de risco, controle da proliferação do caramujo africano, bolsa família e promoção da saúde e de modos de vida saudáveis, com foco na atividade física e na alimentação saudável.

O grupo executivo de combate à dengue foi destacado pela gerente de vigilância em saúde como o grande exemplo de articulação intersetorial, pois o grupo tem rediscutido o conceito de limpeza urbana, fundamental para o controle da dengue, além de definir as interfaces necessárias às ações. Desse modo, abre-se a possibilidade da compreensão de que o controle da dengue não é tarefa exclusiva da Saúde, passando a ser incorporada na rotina de outros setores, como os da limpeza urbana e da educação, a qual, além de introduzir o tema da dengue no currículo escolar, já discute internamente o problema sem a presença da Saúde.

Além do combate à dengue, considerado um eterno tema de intervenção intersetorial, a gerente de vigilância em saúde salientou a prevenção de acidentes no trânsito, temática na qual Belo Horizonte, pela experiência acumulada nos últimos anos através do Comitê Municipal de Trânsito, acabou se tornando referência nacional.

Entre os gerentes da SMSA há a compreensão dos limites das ações da equipe da Saúde da Família no campo da Promoção da Saúde. *“Há de se desconstruir certo dogmatismo da Saúde da Família, de que a equipe vai ser uma super equipe no sentido de fazer ações fora do setor saúde”*, destacou o secretário municipal de saúde.

Embora ocorram melhorias na área da saúde em determinados territórios vulneráveis, existe a clareza de que tais melhorias são provenientes da intervenção de um conjunto de políticas intersetoriais e não de ações isoladas das ESFs. Para o secretário, não é justo cobrar dessas equipes a responsabilidade por ações intersetoriais, pois estas devem ser implementadas através de políticas de governo em conjunto com a sociedade. Ainda assim, essas equipes e a Secretaria de Saúde contribuem para o desenvolvimento de ações intersetoriais mediante o diagnóstico e dados da saúde, além de ações específicas.

Entretanto, a assessora para ações intersetoriais da SMSA pensa que a Saúde da Família possui papel importante na identificação de situações de risco social e de saúde, além do seu potencial de consolidação das redes locais: a *“Saúde da Família é um lugar de encontro com a comunidade e de construção de um ideário de qualidade de vida, de direitos, de fortalecimento dos laços com a família e de cidadania”*.

De acordo com essa assessora, existem muitas ações de articulação intersetorial que a própria rede local constrói. Contudo destacou que há projetos intersetoriais que demandam a articulação de diferentes setores, como o **Bolsa Família**, por exemplo *“que tem uma articulação intersetorial potente, com ações para as famílias em risco social mais elevados ou com necessidade de proteção, as negligenciadas, as que passam por violências, com mendicância extrema, em que há crianças com trajetórias de rua, gravidez infanto-juvenil e falta de escola, vários agravos que reúnem as três secretarias (saúde, educação e assistência social) dentro de um Núcleo Intersectorial Regional”*.

A assessora para ações intersetoriais compreende ainda que determinadas funções não cabem à Saúde da Família, como a geração de trabalho e renda, por exemplo, pois acredita que esta não detenha tal poder. Assinala que é preciso a existência de outras redes e de outras políticas junto à atuação da Saúde da Família, como políticas de esporte, praça bem iluminada, academia, núcleo de apoio à família etc.

No entanto, a gestora reconhece que a Estratégia Saúde da Família não é o único lugar de construção da intersectorialidade, na medida em que o trabalho das ESFs se torna mais difícil quando atuam sozinhas: *“Eu acredito que os governos estaduais, municipais e federal devem construir uma rede solidária, articulada, com políticas bem financiadas e, se não fomentarem recursos locais, fica muito difícil para a Saúde da Família”*.

Em concordância com a gestão municipal da saúde, a Secretaria Municipal de Políticas Sociais tem o entendimento de que não se pode desenvolver a intersectorialidade de forma unilateral. Ao contrário, deve ser uma política de governo. A articulação das políticas sociais é fundamental para promover modos de vida mais saudáveis e a Saúde já desenvolve ações neste sentido, mas precisa da articulação com outras políticas públicas.

Na percepção da gestora da SMPS, também se inclui nessas características o programa **BH Cidadania**, voltado para os territórios mais vulneráveis da cidade e que apresentam alto risco social. Políticas de esporte, assistência social, cultura, direito e cidadania, saúde, educação, segurança alimentar e nutricional são articuladas nestes territórios. As ações deste programa voltam-se à inclusão social e à promoção da saúde das famílias mais vulneráveis.

No âmbito do Programa BH Cidadania, cada setor possui atribuições bem definidas. Por exemplo: nas ações de promoção da vida saudável, a Saúde é o setor responsável enquanto o Esporte e a Educação são parceiros; nas ações de combate à violência doméstica, a Assistência Social é a responsável pela identificação dos casos e pelo atendimento das famílias, através do Núcleo de Apoio à Família (NAF), enquanto a Saúde e a Educação são responsáveis pelo acolhimento.

O gerente do Programa BH Cidadania relata que os ACSs fornecem informações, tais como risco sanitário, perfil da população e agravos mais frequentes, as quais são utilizadas para dimensionar o conjunto de famílias vulneráveis, desenhar intervenções e direcionar políticas de abastecimento, educação, esporte e assistência social. Além dos ACSs, o gerente do Centro de Saúde é um interlocutor e agente importante no território, pois contribui para a sensibilização e o levantamento das famílias, quando necessário.

O secretário municipal de educação destacou ações conjuntas com a SMSA através das Câmaras Intersetoriais Permanentes de Políticas Sociais e de Políticas Urbanas, nas quais os secretários de saúde, de governo, de política social e de políticas urbanas debatem as temáticas gerais e as específicas, como a dengue, por exemplo, e definem as políticas. O gestor ressaltou também os Núcleos de Integração Regional (NIR), fóruns regionais que reúnem os gerentes da área social, saúde, educação e assistência social. Estes possuem, na percepção do gestor municipal de educação, um contato maior com a escola e com as unidades de saúde e recebem as reivindicações dos usuários.

Para o secretário de educação, as iniciativas de atuação intersetorial em Belo Horizonte estão relacionadas tanto a projetos específicos, nos quais a adesão dos setores é, em sua opinião, mais tranquila, como também, mais recentemente, a iniciativas de construção de uma modalidade integrada de atuação governamental: *“E ao avançar um pouco nestas intervenções, que são mais complicadas, que necessitam de ação intersetorial,*

nós começamos a enfrentar algumas barreiras (...) e a aceitar esse desafio de uma ação diferenciada”.

O gestor municipal de educação também lembrou das obras do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), iniciativa do governo federal, que tem sido fonte de discussão frequente entre os secretários municipais, justamente por demandarem grandes intervenções intersetoriais. *“Cada intervenção dessa tem o olhar da saúde, da educação, da assistência”*, destacou o secretário municipal de educação.

De acordo com a Secretaria Municipal de Limpeza Urbana, este setor recebe solicitação da Saúde para executar ações de forma integrada nos mutirões de limpeza em função de um problema localizado em determinada região, além das ações educativas postas em prática de forma conjunta.

Essas ações educativas buscam informar aos munícipes os problemas em potencial relacionados ao acúmulo de materiais nos quintais de suas casas. Tais ações são geralmente desenvolvidas com os agentes comunitários de saúde e com os agentes de controle de zoonoses e não com a equipe de saúde da família como um todo, a não ser que a ação seja ampliada com a participação dos níveis centrais da Saúde e da Limpeza Urbana.

Em determinadas regiões, é o ACS ou o agente de controle de zoonoses que norteia a ação de limpeza, na medida em que informa as condições e a quantidade de material estocado dentro das residências e se há necessidade de caminhão exclusivo para a retirada do material, por exemplo.

Além disso, a Secretaria Municipal de Limpeza Urbana atua somente em lotes vagos, não edificadas, notificando o proprietário para capinar, limpar e remover resíduos. Já os lotes edificadas não podem ser objetos da ação exclusiva do fiscal de limpeza urbana. *“Essa ação é integrada, inclusive para que possamos acessar o imóvel e proceder à limpeza quando é constatada uma situação mais crítica”*, destacou o superintendente de limpeza urbana.

A gerente municipal de programas de transferência de renda assinalou o trabalho intersetorial desenvolvido no âmbito do GT Bolsa Família, um fórum intersetorial que reúne as Secretarias da Saúde, Educação, Políticas Sociais e a subsecretaria de Assistência Social.

Entre os gerentes existe a percepção de que a Secretaria Municipal da Saúde recebe muito mais solicitações do Programa Bolsa Família do que o contrário, haja vista que o programa prevê o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, o acompanhamento pré-natal e a imunização das famílias beneficiárias. A principal solicitação da gerência de programas de transferência de renda é de que esse acompanhamento seja qualificado. *“Existe, por exemplo, um funcionário na Secretaria de Saúde que acompanha pelo sistema o andamento das famílias em todas as regionais”*, comentou a gerente.

As solicitações aos profissionais das ESFs são feitas diretamente aos gerentes das regionais da Saúde e estes, por sua vez, levam as demandas para o núcleo intersetorial regional. Segundo a gerente do Programa de Transferência de Renda, o NIR discute os casos específicos das famílias no que se refere às questões de Saúde, Educação e Assistência Social: *“Por exemplo, a criança está com bronquite e a mãe não leva mais no médico, porque é tão corriqueiro, que ela já sabe o que deve fazer. Nesse caso, a criança falta à escola e não tem atestado. Nós temos que negociar essa questão com a saúde, para que a criança não fique com a frequência prejudicada”*.

3. INSTITUCIONALIDADE DAS AÇÕES INTERSETORIAIS

A pesquisa procurou conhecer aspectos relacionados à abrangência das ações intersetoriais, à dinâmica de funcionamento dessas intervenções e à forma de financiamento, assim como as avaliações e as recomendações dos gestores das diversas secretarias municipais e gerentes da SMSA para essas ações. O entendimento é que estes aspectos permitem reconhecer o grau de institucionalidade das ações intersetoriais desenvolvidas no município.

Abrangência

Em Belo Horizonte, as ações intersetoriais constituem uma diretriz do governo municipal, merecendo destaque as duas Câmaras Intersetoriais Permanentes – a de Políticas Sociais e a de Política Urbana. Essas instâncias são diretamente subordinadas ao prefeito e compostas pelos secretários municipais de diversas áreas. Têm como atribuição o debate e o planejamento conjunto das ações intersetoriais a serem desenvolvidas no município.

Vale mencionar a constituição de uma Secretaria Municipal de Políticas Sociais, integrada pelas secretarias adjuntas de Abastecimento, de Assistência Social, de Direitos de Cidadania e de Esportes, ou seja, aqueles setores voltados à intervenção no campo social, exceto as Secretarias de Saúde e de Educação, dada a magnitude e a especificidade de ações desses dois setores. De forma análoga, o município conta com uma Secretaria Municipal de Política Urbana, composta pelas secretarias adjuntas de Habitação, Meio Ambiente e Regulação Urbana.

Também merecem destaque os programas BH Cidadania e Vila Viva, ambos prioridade da atual gestão municipal, além do Bolsa Família – programa do governo federal implementado pelos municípios brasileiros – os quais trazem a articulação intersetorial como eixo estruturante de seu desenho organizacional.

De acordo com a Secretaria Municipal de Políticas Sociais, os programas acima mencionados possuem grupos de trabalho tanto no nível central do governo municipal como em níveis regional e local, responsáveis por elaborar planos de ação intersetorial para determinados territórios ou para famílias vulneráveis.

Muitos dos gestores entrevistados nas diversas secretarias municipais ressaltaram o entendimento de que o desenvolvimento de ações intersetoriais não se deve pautar apenas na iniciativa de determinados profissionais que atuam “na ponta” dos serviços, sob o risco de se limitarem a ações focais e/ ou residuais. Nessa perspectiva, os gestores reforçaram a importância de que a intersetorialidade responda a uma diretriz da gestão municipal, mas, ao mesmo tempo, reconheceram ser imprescindível que as iniciativas de atuação intersetorial possuam base local.

A superintendente de limpeza urbana observa que as iniciativas de atuação intersetorial em Belo Horizonte respondem a uma política municipal, porém precisam também responder a demandas emergenciais em alguns momentos. Nessa direção, além dos fóruns intersetoriais no primeiro escalão do governo municipal, o município conta com iniciativas e fóruns intersetoriais em âmbito regional e local, conforme as necessidades específicas de cada território.

Na avaliação da coordenação da atenção básica da SMSA, a maior parte das articulações intersetoriais acontece em âmbito local, nos territórios das unidades de saúde. Para essa gerente, a educação é o parceiro mais frequente por causa da capilaridade dessa política setorial.

Se as iniciativas de atuação intersetorial possuem base local importante, na opinião de alguns gerentes entrevistados elas ainda estão aquém da necessidade em termos de formulação de políticas para a cidade como um todo. Esta realidade, destacada pela coordenação da atenção básica, levou-a a afirmar que “*estamos no meio do caminho*”, pois a intersetorialidade não pode depender apenas de iniciativas locais. Para ela, em Belo Horizonte, não há, até o presente, um planejamento integrado das políticas municipais intersetoriais.

De forma semelhante, a assessora da SMSA para ações intersetoriais ponderou que a articulação intersetorial ainda não acontece em todos os territórios de Belo Horizonte. Há algumas áreas que possuem tradição intersetorial maior. Nestes locais, os profissionais se sentem menos sozinhos, menos ‘*usados*’ e são mais parceiros, destaca a assessora para ações intersetoriais. Ao contrário, nos locais em que a prática intersetorial é menor, os profissionais questionam o motivo de os setores não darem conta de suas funções, “*enxergam outras políticas como adversários e seus profissionais, como pouco atuantes*”.

Também o secretário municipal de educação considerou que as ações desenvolvidas com as unidades e com os profissionais de saúde ainda são isoladas, embora seja possível verificar um esforço crescente dos secretários municipais em discutir as questões que possuem interface entre os setores e elaborar estratégias de atuação conjunta.

Dinâmica de funcionamento das ações intersetoriais

De acordo com o secretário municipal de saúde de Belo Horizonte, os projetos intersetoriais possuem secretarias técnicas que gerenciam e acompanham as ações, ressaltou o secretário de saúde. Para o gerente de vigilância em saúde da SMSA, esse grupo técnico constitui um facilitador das articulações intersetoriais, uma referência vinculada a cada projeto.

Os fóruns intersetoriais são a grande referência das intervenções desenvolvidas. Na percepção da Superintendência Municipal de Limpeza Urbana, as decisões geralmente são tomadas por consenso nesses fóruns intersetoriais, após amplo debate. Em alguns casos, há votação.

O grau de controle social no acompanhamento e na avaliação das ações intersetoriais é, na percepção da gerente de vigilância em saúde, bem grande. A entrevistada afirma que

a maioria das comissões locais é atuante, além dos Conselhos Distritais e o Conselho Municipal de Saúde. Opina também que nos fóruns intersetoriais, as prioridades são estabelecidas e as decisões são tomadas geralmente por consensos pautados em informações e dados apresentados e discutidos nas reuniões.

No âmbito do Programa BH Cidadania, as prioridades podem ser definidas pelas famílias ou pelo governo, com base em diagnósticos situacionais. Para planejar as ações, esse programa utiliza a estrutura e o corpo técnico da própria Secretaria Municipal de Política Social, setor ao qual está vinculado. Esta secretaria lhe fornece as bases estatísticas, os mapeamentos e os gerenciamentos.

Em relação ao Bolsa Família, o programa conta com um GT intersetorial constituído por representantes das Secretarias de Saúde, de Educação, de Políticas Sociais e da subsecretaria de Assistência Social. Nesse fórum, as decisões são tomadas por consenso: *“Até hoje não presenciei nenhuma situação em que fosse preciso votar. Por exemplo, no GT do Bolsa Família estamos normatizando o documento do núcleo intersetorial regional. Fizemos a proposta técnica com as quatro secretarias e semana passada pactuamos com os secretários regionais”*, destacou a gerente dos Programas de Transferência de Renda.

Como mencionado anteriormente, o Bolsa Família conta com Núcleos Intersetoriais Regionais, fóruns com interlocução entre os gerentes dos Centros de Saúde e as equipes de saúde da família através dos responsáveis pelo distrito sanitário (gerentes de epidemiologia e informação e gerente de atenção à saúde) para o acompanhamento das famílias no que se refere às condicionalidades do Programa, ao cuidado e à articulação intersetorial. Os casos de famílias que se encontram em situações mais complexas/vulneráveis são discutidos no Núcleo, onde também são construídas estratégias para o atendimento a suas necessidades sociais e acionadas as redes sociais locais.

Nas reuniões regionais, há o cuidado de criar um espaço de participação para potencializar as ações e não para replicá-las ou sobrepô-las, *“cada área pode ter sua especificidade, mas pode contar com algo que as outras podem contribuir”*, argumentou a gerente de articulação do programa BH Cidadania.

Não obstante as definições dessas instâncias mais centrais, as Unidades de Saúde possuem autonomia para elaborar e executar as ações intersetoriais. Nesses casos, as

ações são planejadas por iniciativa das próprias ESFs a partir da realidade encontrada em cada território, sem que haja determinação do nível central, como destacou a coordenadora da atenção básica da SMSA.

Financiamento

Conforme depoimentos dos gestores entrevistados, não existem recursos específicos para ações intersetoriais, com exceção de alguns projetos específicos, como o BH Cidadania, que dispõe de orçamento próprio.

Desse modo, os recursos para as ações e os projetos intersetoriais são alocados em cada órgão, ou seja, cada setor trabalha com o seu orçamento, como assinalou a superintendente de limpeza urbana.

Contudo, a entrevistada argumentou que, por se tratar de um governo popular e democrático, os projetos intersetoriais do município já estão incorporados ao planejamento orçamentário de cada setor: *“Por exemplo, eu tenho um orçamento voltado para a contratação de serviços de multitarefas. Então, parte dele vai ser usado em ações integradas.”* Nesse sentido, os recursos devem ser direcionados para as áreas críticas com a intenção de atuar de forma preventiva e eficaz, como afirmou a gestora.

No caso específico do BH Cidadania, vale registrar que é preciso estar inserido no orçamento participativo para que o programa seja implementado nos territórios. Com este fim, a equipe técnica apresenta a proposta de intervenção para a comunidade, que reivindica a cobertura de recursos para o BH Cidadania. O programa conta ainda com recursos próprios de cada secretaria e aqueles oriundos do governo federal.

Avaliação dos gestores

A institucionalidade das ações intersetoriais no município de Belo Horizonte como diretriz da gestão municipal foi destacada pelo secretário municipal de saúde e demais gerentes da SMSA como aspecto chave para o sucesso de tais ações. A existência de secretarias técnicas para gestão e acompanhamento dos projetos intersetoriais foi apontada como elemento facilitador dessas ações.

A assessora para ações intersetoriais da SMSA afirmou *“que o desenho institucional propicia ações intersetoriais e o que ajudou Belo Horizonte a ter um cenário positivo foi a reforma administrativa; o que ajudou Belo Horizonte a pensar de forma intersetorial foi o desenho institucional”*.

A otimização dos recursos é o resultado mais positivo na atuação intersetorial descrito pela superintendente da Limpeza Urbana. Além disso destaca que a abrangência das ações gera resultados mais rápidos e eficazes. “*O principal resultado é a potencialização das ações a partir da ação integrada*”, pois direciona melhor os recursos e soluciona problemas mais amplos. Fazer mutirão de limpeza em bairro que não oferece risco endêmico, por exemplo, é bom somente para os moradores daquele bairro determinado e não para a população da cidade como um todo.

A gerente do Programa de Transferência de Renda assinalou que a relação entre a Saúde e o Programa Bolsa Família é transparente, pois todos os problemas são discutidos nos núcleos intersetoriais regionais. Contudo, em função de a intersetorialidade ser questão recente no poder público, nem sempre o que é elaborado na qualidade de diretriz acontece na ponta da forma como é concebido.

Os resultados mais positivos de atuação intersetorial articulado com Saúde em Belo Horizonte ressaltados pela gerente dos Programas de Transferência de Renda são o Programa Bolsa família, a Escola Integrada, o BH Cidadania e a Academia da Cidade.

De forma análoga, o gerente do BH Cidadania considerou o programa Academia da Cidade como o resultado mais positivo de atuação intersetorial articulado à Saúde, pois mudou a dinâmica das pessoas e criou espaços de socialização e de circularidade na sociedade.

Essa avaliação é, em certa medida, compartilhada pela SMSA, tendo em vista que em relação ao resultado mais positivo de atuação intersetorial articulada à Saúde em Belo Horizonte, a assessora para ações intersetoriais da secretaria destacou que a população tem grande preferência pelo projeto Academia da Cidade.

No entanto, a entrevistada percebe que o Programa Bolsa Família tem maior capilaridade, contribuindo para que os beneficiários compreendam melhor a ação intersetorial e revertendo em resultados mais significativos para a própria família. Argumentou ainda que “*o BH Cidadania é o mais bonito, mas ainda não tem capilaridade*”.

Já a secretaria municipal de Educação deu relevo ao Programa Olhar Brasil, desenvolvido de forma articulada com a SMSA nas unidades de educação infantil em que um profissional de saúde atua no espaço escolar para verificar a acuidade visual dos

alunos. Este programa foi considerado o resultado mais positivo de atuação intersetorial pelo secretário de educação.

Vale ainda registrar que, considerando a escola como local privilegiado para a formação de hábitos saudáveis, a coordenadora da atenção básica da SMSA afirmou que através de ações intersetoriais desenvolvidas com a Educação, o setor saúde começou a dar os primeiros passos em direção à promoção da saúde, o que possibilita sair do âmbito restrito da assistência.

Por sua vez, os recursos financeiros destinados ao desenvolvimento das ações foram destacados pelos gestores da saúde, da educação e da secretaria municipal de políticas sociais como um dos maiores obstáculos na atuação intersetorial em Belo Horizonte, uma das grandes dificuldades para a efetivação da intersectorialidade.

Para o secretário municipal de educação, os recursos financeiros destinados a essas ações constituem a grande limitação da intersectorialidade, pois a legislação não permite o gasto dos recursos com outros produtos e serviços que não sejam os previamente estabelecidos (verba carimbada). *“Eu não posso comprar medicamentos, pagar um médico, comprar comida. O recurso da educação é carimbado para a educação”*.

Esse gestor comenta que a legislação é limitativa e precisa ser enfrentada, pois foram feitas por corporações que defenderam os próprios recursos e não se preocuparam em olhar o cidadão integralmente, o que acarretou a fragmentação das ações e dos serviços públicos voltados ao atendimento das demandas do cidadão: *“E o cidadão, nós olhamos assim, um olha de um jeito, pronto, resolve. O outro olha outro pedaço do cidadão de outro jeito, resolveu. Depois vem outro setor público olha o mesmo cidadão com um outro olhar, resolveu ou não.”*

A par dos problemas de financiamento, outros entraves às ações intersectoriais foram mencionados pelos gestores entrevistados. O gerente do programa BH Cidadania ressaltou que a construção de indicadores tem sido uma dificuldade enfrentada pelos técnicos, *“pois é possível ver qualitativamente, mas não é possível mensurar”*.

O maior obstáculo na atuação intersectorial é, na opinião desse gerente, a sobrecarga de trabalho dos gestores em suas secretarias. Diante dessa realidade, ele sugere que se trabalhe mais a idéia de cooperação, pois *“é um processo educativo, temos que ir fazendo para ampliar e que passe a ser uma forma de intervenção (...) temos essa dificuldade, pois o desconhecimento faz com que fiquemos para trás.”*

A superintendente de Limpeza Urbana do município destacou que a dificuldade para a efetivação da intersetorialidade está no cuidado que os diferentes setores devem ter para que haja resultados efetivos: *“O trabalho integrado demanda um cuidado maior na ação, porque se tem que observar os condicionantes externos que não estão vinculados a sua atuação, mas à atuação do outro”*.

A comunicação é a maior dificuldade descrita por essa gestora no que se refere às ações intersetoriais desenvolvidas com a Saúde: *“(...) as linguagens, às vezes, são diferentes: o que para um pode ser uma questão prioritária, para o outro não é necessariamente. Muitas vezes temos alguns problemas de ruídos na comunicação.”*

Essa avaliação também aparece no depoimento do Secretário Municipal de Educação. Para esse gestor, uma das dificuldades para a efetivação da intersetorialidade em Belo Horizonte diz respeito às concepções diferentes que os setores da Saúde e da Educação possuem um do outro. Nem sempre há consonância entre as necessidades da Educação e os serviços da Saúde, pois a diretriz da universalidade não admite a prioridade de atendimento do público escolar, por exemplo, e a Saúde também possui críticas em relação à Educação na condução de certos casos de escolares. Para planejar e executar melhor as ações intersetoriais é preciso, em sua opinião, *“muita prosa, mais articulação, mais conversa e, é óbvio, em um país pobre como o nosso, com uma população carente como a nossa, é preciso mais recursos”*.

Também questões culturais e legais foram citadas como obstáculos à atuação intersetorial pelo secretário da educação, pois *“(...) é preciso mudar a cultura, olhar o cidadão como tal, completo, cheio de necessidades algumas vezes e outras vezes, menos e ter um Estado articulado e não políticas isoladas”*.

A gerência municipal de Programas de Transferência de Renda reconhece os esforços da Secretaria de Saúde no acompanhamento das famílias incluídas no Programa Bolsa Família. No entanto, a gerente chama a atenção para a necessidade de qualificar mais as equipes de Saúde da Família no que se refere ao acompanhamento. *“É uma grande vantagem serem profissionais da própria comunidade, pois conhecem a realidade (...) Nós precisamos avançar nisso, que não seja meramente ir lá e conferir se vacinou ou se fez o pré-natal. Que seja uma relação mais humanizada”*.

Em certa medida, a avaliação sobre a necessidade de qualificação dos profissionais das ESFs – e também dos gestores – é compartilhada pela SMSA. Para a assessora de ações

intersetoriais da SMSA, é imperioso que se invista na capacitação tanto dos profissionais – para que estes compreendam os determinantes sociais do processo saúde-doença – quanto dos gestores, pois há gerentes com baixa capacidade técnica, assumindo funções importantes, “(...) *esse tipo de gerente ..., não tem compreensão da importância do papel dele para a construção do modelo que é a ação intersetorial ou de respeito ao usuário dentro da ética*”, argumentou.

Recomendações a gestores de outras cidades

A pesquisa solicitou aos gestores das diferentes secretarias municipais que, a partir da experiência intersetorial em Belo Horizonte, apresentassem sugestões e recomendações a gestores de outras cidades.

Os gerentes da SMSA recomendaram aos gestores de outras cidades que acreditem na capacidade de os determinantes sociais propiciarem o encontro entre os diversos setores, possibilitando a construção de uma APS mais abrangente.

Já o gerente de articulação do Programa BH Cidadania sugeriu que os gestores de outras cidades invistam na construção de canais de comunicação e de informação, “*pois precisamos ter informações políticas para ver o alcance ou para mudar*”. O entrevistado sugeriu ainda a criação de canais/sistemas que sejam permanentemente retroalimentados, de colegiados, espaços de partilha, para que não seja somente uma pessoa que resolva, demande e cuide de todo o processo.

Na mesma direção, a superintendente de limpeza urbana recomendou aos gestores de outras cidades que invistam em seminários e encontros para que os diferentes setores conheçam os trabalhos desenvolvidos no município e percebam as interfaces e as potencialidades existentes no trabalho conjunto: “*Se a limpeza não soubesse que existe na cidade um profissional chamado agente comunitário de saúde, possivelmente teria mais dificuldade para se inspirar ao propor a criação do agente comunitário de limpeza urbana*”. Estes possuem um papel educativo, que auxilia a ampliação da abrangência dos serviços de limpeza urbana nas áreas em que o setor público não conseguiu chegar com equipamentos.

Para melhorar o planejamento e a execução das ações articuladas com a Saúde no interior do próprio município de Belo Horizonte, a secretaria de limpeza urbana sugeriu encontros entre os membros das equipes de ambas as áreas para socializarem as informações, pois, em geral, são os gestores que participam da reunião e transmitem os

informes para as equipes. A sugestão é a aproximação maior entre as equipes de campo na perspectiva de conhecer e trocar informações, com o objetivo de facilitar e potencializar os resultados das ações integradas.

Como recomendação aos gestores de outras cidades, a gerente dos Programas de Transferência de Renda sugeriu que o primeiro passo é pensar as políticas e olhar os problemas públicos de forma intersetorial: *“Isso não significa sentar numa mesa com todo mundo e depois sairmos agindo cada um com o seu pedaço (...) A partir da minha experiência, tenho clareza de que, sozinhos, não vamos fazer nada. O único caminho para o tamanho das nossas complexidades de ações é agirmos de forma integrada, compartilhada. É preciso uma decisão política dos gestores públicos. Nós aqui temos que avançar muito ainda, mas o caminho é esse, o de cada um sair do seu pedaço e ver que ele precisa estar articulado. Eu vejo muito o caso do centro de saúde e da escola, que são os dois equipamentos sociais mais consolidados no Brasil. Esses equipamentos têm que conseguir fazer articulação com o que está no entorno, porque é intersetorial. Não é apenas a relação com os seus pares enquanto poder público, mas no seu entorno”. Nós temos que ampliar esse nosso olhar. Mas, eu sei que não é fácil”*.

4. PARCERIAS COM INSTITUIÇÕES ACADÊMICAS

As unidades de saúde em Belo Horizonte são campo de estágio para os estudantes universitários da UFMG. Mais de mil profissionais da Saúde da Família, médicos e enfermeiros, concluíram cursos de especialização nessa temática, além dos assistentes sociais, o que gerou incremento na produção de monografias a esse respeito.

Segundo a coordenação de atenção básica, além de oferecer cursos, as parcerias com as instituições acadêmicas são importantes, pois possibilitam definir linhas de pesquisas que precisam ser aprofundadas em Belo Horizonte.

Antes de implementar a política de saúde bucal para adultos, por exemplo, a Secretaria de Saúde contratou a UFMG para desenvolver uma pesquisa que validasse, através de evidências científicas, o uso da técnica de tratamento restaurador atraumático (utilizada principalmente em crianças) em adultos, pois, desta forma, o acesso a estes serviços poderia ser significativamente ampliado. Nesse sentido há parcerias também com a Universidade Católica, que vem desenvolvendo uma técnica de prótese que será posteriormente validada pela Universidade Federal.

Atualmente, a Secretaria de Saúde está compondo, em parceria com a UFMG, um grupo com profissionais da rede para incrementar a pesquisa em atenção primária em saúde. A coordenação da atenção básica destacou a necessidade de criar uma massa crítica para produção acadêmica nessa área em Belo Horizonte. Assinalou ainda que a gestão em saúde enfrenta um problema, pois, apesar de existirem boas faculdades de medicina na cidade, não existem residências em saúde da família, o que gera profissionais sem experiência nesta área de atuação e a ausência do debate sobre a Saúde da Família.

5. PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DAS ESFS PARA ATUAÇÃO INTERSETORIAL

Ainda em relação à intersectorialidade, a pesquisa procurou conhecer as práticas assistenciais e comunitárias voltadas para uma atuação intersectorial desenvolvidas pelas ESFs, as parcerias estabelecidas pelas equipes com outras instituições e organizações sociais no nível local e o envolvimento e a participação das famílias cadastradas na definição dos objetivos e prioridades para a atuação intersectorial.

Fatores de risco social e condições de vida dos usuários

Entre as práticas comunitárias, a realização de diagnóstico da comunidade foi investigada.

No questionário aplicado às famílias cadastradas, havia um bloco de questões sobre o uso do Programa Saúde da Família. Aos respondentes que informaram, espontaneamente ou estimulados, conhecer o PSF, foi solicitado que confirmassem a realização de algum levantamento, avaliação da situação de saúde ou dos principais problemas de saúde de sua comunidade nos últimos cinco anos. A maioria das pessoas respondeu não saber se fora feito algum levantamento (72%), ao passo que somente 11% responderam que o levantamento fora feito e apenas 4%, que fora concluído.

Tabela 1 – E1 Diagnóstico da situação de saúde da comunidade pelas ESFs nos últimos cinco anos, segundo as famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Levantamento da situação de saúde	n	%
Foi feito e concluído	30	3,9
Começou a ser feito, mas não foi concluído	6	,8
Começou a ser feito, mas não sabe se foi concluído	50	6,6
Não foi feito	127	16,7
Não sabe se foi feito	547	72,0
Total	760	100,0

Observação: n= 760 entrevistados que informaram, espontaneamente ou estimulados, conhecer o PSF.
Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Para aquelas famílias que afirmaram ter havido um levantamento ou a avaliação da situação de saúde ou dos problemas de saúde de sua comunidade nos últimos cinco anos, foi perguntado se algum membro daquela residência participara da elaboração desse levantamento da situação de saúde na comunidade. Pouco menos da metade dos respondentes afirmou que houve participação de algum membro da família (49%).

Tabela 2 – E2 Participação das famílias cadastradas na elaboração do diagnóstico da situação de saúde na comunidade pelas ESFs, segundo famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Participação	n	%
Sim	42	48,8
Não	44	51,2
Total	86	100,0

Observação: n= 86 famílias que afirmaram ter havido algum levantamento ou avaliação dos problemas de saúde de sua comunidade nos últimos cinco anos.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Quando perguntamos a opinião dos familiares sobre o conhecimento dos profissionais do Saúde da Família acerca dos problemas de saúde mais importantes da sua comunidade, cerca da metade (53%) das famílias respondeu que os profissionais conheciam os principais problemas da comunidade. Chama a atenção o número de respondentes que não soube informar se os profissionais do Saúde da Família conheciam os problemas da comunidade (31%).

Tabela 3 – E3 Conhecimento dos problemas de saúde mais importantes da comunidade pelas ESFs, segundo famílias cadastradas, Belo Horizonte (MG), 2008

Participação	n	%
Sim	404	53,2
Não	123	16,2
Não sabe	233	30,7
Total	760	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Aos profissionais das ESFs foi solicitado que indicassem a frequência com que investigam os fatores de risco social ou as condições de vida dos usuários durante as consultas. Entre os profissionais de nível superior, a maioria dos médicos (85%) afirmou que pergunta sobre a situação social ou condições de vida dos usuários na maioria das vezes (67%) ou sempre (18%). Em proporção pouco menor, a maior parte dos enfermeiros (67%) também respondeu na maioria das vezes (43%) e sempre (24%);

é expressivo o percentual desses profissionais (32%) que respondeu que poucas vezes perguntam sobre fatores de risco social ou condições de vida do usuário.

Tabela 4 – D14 Indagação sobre fatores de risco social ou condições de vida do usuário durante a consulta pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Indaga sobre risco social ou condições de vida	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sempre	13	18,1	18	24,0	31	21,1
Na maioria das vezes	48	66,7	32	42,7	80	54,4
Poucas vezes	10	13,9	24	32,0	34	23,1
Nunca	1	1,4	0	,0	1	,7
Não respondeu	0	,0	1	1,3	1	,7
Total	72	100,0	75	100,0	147	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

A mesma pergunta foi feita para ACSs e aux/técnicos de enfermagem. A maioria dos ACS (65%) respondeu que sempre pergunta sobre os fatores de risco social ou condições de vida do usuário durante a visita domiciliar e 48% dos auxiliares/ técnicos de enfermagem afirmaram perguntar sobre os fatores de risco social ou condições de vida do usuário durante a realização de procedimentos/atividades de saúde.

Tabela 5 – D5 Indagação sobre fatores de risco social ou condições de vida do usuário durante a visita domiciliar pelo ACS e durante a realização de procedimentos pelos auxiliares/técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Indaga sobre risco social ou condições de vida	ACS		Aux/Téc enfermagem	
	n	%	n	%
Sim, sempre	110	64,7	43	48,3
Sim, raramente	48	28,2	36	40,4
Não	12	7,1	10	11,2
Total	170	100,0	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Além das famílias e dos profissionais das ESFs, no município de Belo Horizonte foram entrevistados quatro gerentes de unidades básicas de saúde sobre a realização de diagnóstico local pelas ESFs. Foi unânime, entre os gerentes de unidades entrevistados, a afirmação de que as equipes de saúde da família realizam diagnóstico da comunidade com frequência. Em duas unidades, o diagnóstico mais recente da totalidade da área coberta pela USF foi feito no fim de 2007. Em outra unidade, a atualização estava sendo efetuada no momento da entrevista (julho 2008).

Segundo três gerentes, os diagnósticos da comunidade por microáreas são sempre discutidos, programando-se as atividades das ESFs com base neste diagnóstico. Dentre esses gerentes, um ressalta que tal processo exige muito, que as atualizações são praticamente diárias e que é preciso estimular as equipes o tempo todo.

De acordo com os gerentes, as equipes priorizam o grupo de maior risco e realizam ações coletivas ou consultas individuais para aquele grupo. Em uma das unidades entrevistadas, os grupos se organizam dentro da própria unidade, mas há possibilidade de fazer grupos locais em casos de risco muito elevado, os quais, em geral, estão concentrados em área mais afastada, a fim de facilitar o acesso dessa parcela da população.

Capacitação dos profissionais para atuar segundo a diversidade sociocultural da comunidade

Foi perguntado aos profissionais de nível superior se tinham recebido capacitação específica para atuar tomando em conta a diversidade sociocultural da comunidade. Cerca da metade dos médicos (50%) e dos enfermeiros (48%) respondeu afirmativamente a esta questão, enquanto a outra metade declarou não ter recebido capacitação específica.

Tabela 6 – B20 Capacitação para atuar considerando a diversidade sociocultural da comunidade informada pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Capacitação	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	36	50,0	36	48,0	72	49,0
Não	36	50,0	39	52,0	75	51,0
Total	72	100,0	75	100,0	147	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

A mesma pergunta foi feita aos profissionais de nível médio e elementar. Apenas 29% dos auxiliares/técnicos de enfermagem informaram ter recebido capacitação específica para atuar segundo a diversidade sociocultural da comunidade atendida. Já entre os ACS, pouco mais da metade (51%) afirmou ter recebido capacitação dessa natureza.

Tabela 7 – B22 B25 Capacitação para atuar considerando a diversidade sociocultural da sociedade informado pelos agentes comunitários de saúde e auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Capacitação	ACS		Aux/Téc enfermagem	
	n	%	n	%
Sim	87	51,2	26	29,2
Não	82	48,2	63	70,8
Não respondeu	1	,6	-	-
Total	170	100,0	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Ações intersetoriais com instituições, organizações ou grupos da comunidade

A pesquisa buscou conhecer as ações desenvolvidas conjuntamente pelas ESFs com outras instituições e organizações sociais, identificando a existência e a frequência dos trabalhos conjuntos, os organismos e os setores envolvidos assim como a participação dos profissionais das ESFs nessas atividades.

Foi perguntado aos profissionais de nível superior das ESFs sobre a existência e a frequência de trabalho conjunto entre a equipe e outras instituições, organizações ou grupos da comunidade. A maioria dos médicos (90%) e dos enfermeiros (79%) respondeu que poucas vezes (66%) ou nunca (18%) realiza trabalhos em conjunto com outras organizações ou grupos da comunidade para a prática de ações intersetoriais, o que configura que a articulação intersetorial no âmbito das ESFs ainda é estratégia residual.

Tabela 8 – E1 Existência de trabalho em conjunto com outras instituições, organizações ou grupos da comunidade para realização de ações intersetoriais informada pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Trabalho em conjunto	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sempre	1	1,4	3	4,0	4	2,7
Na maioria das vezes	6	8,3	13	17,3	19	12,9
Poucas vezes	47	65,3	50	66,7	97	66,0
Nunca	18	25,0	9	12,0	27	18,4
Total	72	100,0	75	100,0	147	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Também a maioria dos ACS (67%) e dos auxiliares/ técnicos de enfermagem (72%) respondeu que poucas vezes ou nunca realiza trabalhos em conjunto com outras organizações ou grupos da comunidade para efetivar ações intersetoriais. Destacam-se os ACSs com maior proporção de profissionais (33%) que realizam frequentemente trabalho conjunto com outras instituições.

Tabela 9 – E1 Existência de trabalho em conjunto com outras instituições, organizações ou grupos da comunidade para realização de ações intersetoriais, informada por ACSs e auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Trabalho em conjunto	ACS		Aux/Téc enfermagem	
	n	%	n	%
Sempre	23	13,5	10	11,2
Na maioria das vezes	33	19,4	15	16,9
Poucas vezes	66	38,8	43	48,3
Nunca	48	28,2	21	23,6
Total	170	100,0	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

A participação de médicos e enfermeiros em atividades voltadas para solução/encaminhamento de problemas da comunidade junto de outros órgãos públicos ou entidades da sociedade é baixa: 88% dos médicos e 76% dos enfermeiros não participam.

Tabela 10 – E2 Participação em atividades voltadas para solução/ encaminhamento de problemas da comunidade junto de outros órgãos públicos ou entidades da sociedade informada pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Participação em atividades	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	9	12,5	18	24,0	27	18,4
Não	63	87,5	57	76,0	120	81,6
Total	72	100,0	75	100,0	147	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Dois terços dos agentes comunitários de saúde (66%) e dos auxiliares/ técnicos de enfermagem (62%) informaram não participar de atividades voltadas para solução/encaminhamento de problemas da comunidade junto a outros órgãos públicos ou entidades da sociedade. Ainda que apenas em parte, os ACSs são os profissionais que mais participam em atividades comunitárias concernentes com suas funções.

Tabela 11 – E2 Participação em atividades voltadas para solução/ encaminhamento de problemas da comunidade junto de outros órgãos públicos ou entidades da sociedade informada pelos agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Participação em atividades	ACS		Aux/Téc enfermagem	
	n	%	n	%
Sim	58	34,1	27	30,3
Não	112	65,9	62	69,7
Total	170	100,0	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Os principais órgãos públicos ou entidades da sociedade com os quais a equipe saúde da família realiza atividades, citados pelos nove médicos da ESF que afirmaram participar de alguma atividade voltada ao encaminhamento de problemas de sua comunidade são: a escola (9 ou 100% dos profissionais), a segurança pública (2 ou 22%) e o transporte (22%). Já os 18 enfermeiros citaram a escola (83%), a segurança pública (28%) e a coleta de lixo (22%). Cabe ressaltar que o Núcleo de Apoio à Família (NAF) (4 menções) e o Conselho Local de Saúde (2 menções), mesmo não tendo sido incluídos entre as opções do questionário aplicado aos profissionais, foram lembrados por médicos e enfermeiros.

Tabela 12 – E3 Tipos de órgãos públicos ou entidades da sociedade com os quais realiza atividades, informados pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Órgãos públicos ou entidades da sociedade	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Escola/educação	9	100,0	15	83,3	24	88,9
Segurança pública	2	22,2	5	27,8	7	25,9
Coleta de lixo	1	11,1	4	22,2	5	18,5
Água	0	0,0	3	16,7	3	11,1
Esgoto	0	0,0	3	16,7	3	11,1
Transporte	2	22,2	1	5,6	3	11,1
Geração de renda /trabalho	1	11,1	2	11,1	3	11,1
Moradia	1	11,1	1	5,6	2	7,4
Urbanismo (ruas, praças, iluminação pública)	0	0,0	1	5,6	1	3,7
Outro	2	22,2	6	33,3	8	29,6

Observação: n=9 e n =18 enfermeiros médicos que afirmaram participar de alguma atividade voltada para a solução/encaminhamento de problemas de sua comunidade junto com outros órgãos públicos.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Os principais órgãos públicos ou entidades da sociedade com os quais a equipe saúde da família realiza atividades são: a escola (63%), a segurança pública (41%) e a coleta de lixo (26%), citados pelos auxiliares/técnicos de enfermagem da ESF que afirmaram participar de alguma atividade voltada ao encaminhamento de problemas de sua comunidade. Já entre os ACSs foram citados a escola (59%), a coleta de lixo (29%) e os órgãos ligados ao urbanismo – ruas, praças, iluminação pública (24%). Cabe ressaltar que o Conselho Local de Saúde foi lembrado por auxiliares/técnicos de enfermagem e ACSs (5 menções no total), mesmo não tendo sido incluído entre as opções do questionário aplicado aos profissionais.

Tabela 13 – E3 Tipos de órgãos públicos ou entidades da sociedade com os quais realiza atividades, informados pelos agentes comunitários de saúde e auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Órgãos públicos ou entidades da sociedade	ACS		Aux/Téc enfermagem	
	n	%	n	%
Escola/educação	34	58,6	17	63,0
Coleta de lixo	17	29,3	7	25,9
Urbanismo (ruas, praças, iluminação pública)	14	24,1	2	7,4
Esgoto	13	22,4	5	18,5
Geração de renda /trabalho	12	20,7	6	22,2
Moradia	11	19,0	5	18,5
Segurança pública	11	19,0	11	40,7
Água	8	13,8	3	11,1
Transporte	7	12,1	6	22,2
Outro	18	31,0	4	14,8

Observação: n = 58 ACS e n = 27 Auxiliares/técnicos de enfermagem que disseram participar de atividades voltadas para solução/ encaminhamento de problemas da comunidade junto de outros órgãos públicos ou entidades da sociedade.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Foi perguntada a opinião dos profissionais de nível superior sobre com quais tipos de entidades ou órgãos a ESF deveria relacionar-se para a resolução de problemas da comunidade. Para a maioria dos médicos (74%) e dos enfermeiros (85%), a equipe deveria buscar parcerias para a resolução de problemas da comunidade tanto com órgãos de políticas públicas, como a educação, assistência social, saneamento e transporte, quanto com outros organismos não governamentais e organizações da sociedade civil. Em ambas categorias profissionais, a segunda resposta mais mencionada foi órgãos de políticas públicas (22% dos médicos e 13% dos enfermeiros).

Cabe ainda destacar que apenas um profissional de nível superior declarou que a própria ESF tem condições de resolver os problemas da comunidade.

Tabela 14 – E4 Entidades ou órgãos com os quais a ESF deve relacionar-se para resolução de problemas da comunidade informados pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

ESF deve se relacionar	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Órgãos de políticas públicas, como educação, assistência social, saneamento e transporte	16	22,2	10	13,3	26	17,7
Organismos não governamentais e organizações da sociedade civil	-	-	-	-	-	-
As duas respostas anteriores	53	73,6	64	85,3	117	79,6
A equipe tem condições de resolver os problemas da comunidade	1	1,4	0	0,0	1	0,7
Não tem opinião formada	2	2,8	1	1,3	3	2,0
Total	72	100,0	75	100,0	147	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

A mesma pergunta foi feita para os auxiliares/ técnicos de enfermagem. De acordo com 54% dos auxiliares/técnicos de enfermagem, a equipe deveria buscar parcerias para a resolução de problemas da comunidade tanto com órgãos de políticas públicas, como a educação, assistência social, saneamento e transporte, como com outros organismos não governamentais e organizações da sociedade civil. Dezoito por cento dos respondentes declararam não ter opinião formada e apenas um técnico/auxiliar de enfermagem afirmou que a própria ESF tem condições de resolver os problemas da comunidade.

Tabela 15 – E4 Entidades ou órgãos com os quais a ESF deve relacionar-se para resolução de problemas da comunidade informados pelos auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

ESF deve se relacionar	n	%
Órgãos de políticas públicas, como educação, assistência social	24	27,0
Organismos não governamentais e organizações da sociedade civil	-	-
As duas respostas anteriores	48	53,9
A equipe tem condições de resolver os problemas da comunidade	1	1,1
Não tem opinião formada	16	18,0
Total	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Aos profissionais de nível superior foi também solicitado que informassem a frequência com que a ESF executa ações na sua área de atuação em parceria ou com participação informal de ONGs, associações, conselhos, igrejas e movimentos sociais. De acordo com a maioria dos médicos (86%) e dos enfermeiros (83%), a realização de tais parcerias ocorre poucas vezes ou nunca.

Menos de um quinto dos profissionais de nível superior (16%) informou que a ESF frequentemente executa ações em parceria com entidades não governamentais.

Tabela 16 – E5 Execução de ações pela ESF em sua área de atuação em parceria ou com participação informal de ONGs, associações, conselhos, igrejas e movimentos sociais informados pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Execução de ações pela equipe	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sempre	1	1,4	4	5,3	5	3,4
Na maioria das vezes	9	12,5	9	12,0	18	12,2
Poucas vezes	48	66,7	57	76,0	105	71,4
Nunca	14	19,4	5	6,7	19	12,9
Total	72	100,0	75	100,	147	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

A mesma pergunta foi feita aos agentes comunitários de saúde e aos auxiliares/ técnicos de enfermagem. As práticas dos profissionais são diversificadas. Quarenta e seis por cento dos ACSs afirmaram que a equipe executa sempre ou na maioria das vezes ações na sua área de atuação em parceria ou com participação informal de ONGs, das associações, dos conselhos, de igrejas e dos movimentos sociais. No entanto, 32% dos ACSs informaram que a equipe realiza poucas vezes tais parcerias.

Segundo 38% dos auxiliares/ técnicos de enfermagem, a equipe executa sempre ou na maioria das vezes ações na sua área de atuação em parceria ou com participação informal de ONGs, das associações, dos conselhos, das igrejas e de movimentos sociais, enquanto percentual semelhante (39%) afirma que a equipe realiza poucas vezes ações em parceria.

Tabela 17 – E5 Execução de ações pela ESF em sua área de atuação em parceria ou com participação informal de ONGs, associações, conselhos, igrejas e movimentos sociais informados por ACSs e auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Execução de ações pela equipe	ACS		Aux/Téc enfermagem	
	n	%	n	%
Sempre	38	22,4	8	9,0
Na maioria das vezes	40	23,5	26	29,2
Poucas vezes	54	31,8	35	39,3
Nunca	29	17,1	20	22,5
Não respondeu	9	5,3	0	0,0
Total	170	100,0	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Reuniões na comunidade

Outro aspecto que a pesquisa buscou contemplar está relacionado à participação das famílias cadastradas em atividades coletivas para enfrentamento dos problemas do bairro/ comunidade.

O questionário aplicado às famílias cadastradas pelo PSF no município de Belo Horizonte continha uma questão sobre a participação de algum membro daquela residência, nos últimos 12 meses, em reuniões ou em atividades relativas a problemas do bairro/comunidade, a convite do ACS. A maioria dos respondentes (77%) afirmou não ter recebido qualquer convite para participar de atividades relativas a problemas no bairro/comunidade, enquanto apenas 14% disseram ter recebido tal convite.

Tabela 18 – G8 Convite pelo agente comunitário de saúde a participar de reuniões ou atividades relativas a problemas do bairro/comunidade nos últimos 12 meses, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Familiar convidado	n	%
Sim	87	13,8
Não	485	76,9
Não sabe	57	9,0
Não respondeu	2	0,3
Total	631	100,0

N= 613 famílias que informaram ter sido alguma vez atendidas ou visitadas pelo ACS de sua área.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Os principais tipos de problemas do bairro/comunidade abordados nessas reuniões, apontados pelas famílias participantes, foram bem diversificados. Em primeiro lugar, aparecem questões relacionadas à saúde em geral (14% das menções), seguida de assuntos relativos ao posto de saúde (13%). Também mereceram destaque as questões de segurança pública e de urbanismo (8% cada), acompanhadas de escola, esgotamento sanitário e ações de educação em saúde (7% cada item).

Tabela 19 – G9 Assuntos das reuniões ou atividades na comunidade, segundo famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Tipos de problemas	n	%
Doenças (dengue), cuidados com a saúde (planejamento familiar) e saúde em geral	12	13,8
Assuntos relacionados com o Posto de Saúde (atendimento, melhorias, construção, Conselho Local de Saúde)	11	12,6
Segurança Pública	7	8,0
Urbanismo (ruas, praças, iluminação pública, etc)	7	8,0
Escola/educação/creche	6	6,9
Esgoto	6	6,9
Grupos de educação em saúde, palestras, grupos de convivência	6	6,9
Assuntos gerais da comunidade (bem-estar, drogas, situação geral do bairro)	5	5,7
Coleta de Lixo	4	4,6
Moradia	3	3,4
Água	2	2,3
Transporte	2	2,3
Outros	5	5,7
Não lembra, não participa, não sabe	21	24,1

Observação: n = 87 famílias com integrante convidado a participar pelo Agente Comunitário de Saúde de reuniões sobre problemas do bairro nos últimos 12 meses.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Foi também perguntado às famílias cadastradas se tinham conhecimento da organização de reuniões pelas ESFs com a comunidade para discutir os problemas do bairro. Quase metade dos respondentes não soube responder. Cerca de 31% declararam conhecer a organização de reuniões pelas ESFs com a comunidade.

Tabela 20 – E4 Conhecimento da organização de reuniões pela Equipe de Saúde da Família com a comunidade para discutir os problemas do bairro, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Conhecimento	n	%
Sim	232	30,5
Não	155	20,4
Não sabe	372	48,9
Não respondeu	1	0,1
Total	760	100,0

Observação: n = 760 entrevistados que informaram, espontaneamente ou estimulados, conhecer o PSF

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Dentre as famílias que informaram ter conhecimento da realização de reuniões pelas ESFs, a maioria (71%) afirmou não participar. Apenas 27% das famílias que declararam conhecer as reuniões realizadas pelas ESFs disseram participar delas.

Tabela 21 – E5 Participação de algum membro da família em reuniões organizadas pela Equipe de Saúde da Família para discussão dos problemas do bairro, Belo Horizonte (MG), 2008

Participação	n	%
Sim	63	27,2
Não	164	70,7
Não sabe	4	1,7
Não respondeu	1	0,4
Total	232	100,0

Observação: n = 232 entrevistados que informaram ter conhecimento da realização de reuniões pela Equipe de Saúde da Família

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Quando perguntado se as ESFs ofereciam serviços de saúde nas escolas, a maioria das famílias não soube responder (69%). Para 21% dos respondentes, as ESFs não realizam essa atividade e apenas 10% declararam que as ESFs oferecem serviços de saúde na escola.

Tabela 22– E6 Oferta de serviços de saúde nas escolas pela Estratégia Saúde da Família, segundo as famílias cadastradas, Belo Horizonte (MG), 2008

Oferta serviços de saúde nas escolas	n	%
Sim	74	9,7
Não	160	21,1
Não sabe	526	69,2
Total	760	100,0

Observação: n = 760 entrevistados que informaram, espontaneamente ou estimulados, conhecer o PSF

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Problemas prioritários e da situação de saúde no bairro identificados pelas famílias e gerentes de unidades

Foi solicitado às famílias cadastradas que assinalassem até três opções indicativas dos principais problemas de saúde existentes no seu bairro ou comunidade. Os problemas mais citados foram a falta de segurança/violência (55% dos respondentes) e a ausência de áreas de lazer – praças, jardim, quadras (21%). Também merecem destaque a falta de emprego na comunidade (10%), a falta/insuficiência de serviços de saúde (8%) e a ausência de esgotamento sanitário (7%). Três por cento afirmaram não existir problemas no bairro e 4% não souberam responder.

Tabela 23 – O1 Principais problemas no bairro ou comunidade na opinião das famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Principais problemas	n	%
Falta de segurança / violência	491	54,6
Ausência de áreas de lazer (praças, jardim, quadras)	185	20,6
Falta de emprego na comunidade	91	10,1
Falta de serviços de saúde e qualidade do atendimento	70	7,8
Ausência ou insuficiência de esgoto	67	7,4
Falta de pavimentação de ruas	52	5,8
Falta de creches	50	5,6
Não sabe	38	4,2
Não tem problemas	34	3,8
Falta de escolas/problemas de ensino	33	3,7
Ausência ou insuficiência de coleta de lixo	31	3,4
Falta de iluminação nas ruas	23	2,6
Ausência ou insuficiência de abastecimento de água	17	1,9
Outros	244	30,9

Observação: n = 900 Famílias indicaram os principais problemas de seu bairro ou comunidade

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Entre os principais problemas do bairro citados espontaneamente pelos respondentes, especificados entre os outros (tabela O1), a falta ou a insuficiência de transporte urbano (6,7%) foi o problema mais recorrente. Também mereceu destaque a menção à falta/insuficiência de estabelecimentos bancários e comerciais (2%) e a presença de vetores, como ratos, baratas e escorpiões (1,4%).

Tabela 24 – O1m Outros tipos de problema existentes no bairro ou comunidade, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Principais problemas	n	%
Falta ou insuficiência de transporte urbano	60	6,7
Falta ou insuficiência de estabelecimentos comerciais ou bancos	18	2,0
Poluição/poeira	13	1,4
Ratos, baratas, escorpiões	10	1,1
Falta ou insuficiência de escolas profissionalizantes	9	1,0
Barulho	7	0,8
Terreno baldio	6	0,7
Mau atendimento/ precariedade e baixa qualidade da atenção	5	0,6
Lixo hospitalar	5	0,6
Animais na rua	4	0,4
Falta ou insuficiência de saneamento básico em geral	4	0,4
Pobreza/ população de rua	3	0,3
Falta ou insuficiência de energia elétrica	2	0,2
Outros	71	7,9

Observação: n = 900 Famílias indicaram os principais problemas de seu bairro ou comunidade.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Também foi solicitado às famílias cadastradas no Saúde da Família de Belo Horizonte que indicassem até três problemas de saúde existentes no bairro ou comunidade. Dentre os problemas listados, o mais assinalado pelas famílias (31%) foi a falta de profissional médico. Do mesmo modo, a falta de serviços de emergência foi muito citada pelos entrevistados, com 22% das menções, seguida pela falta de medicamentos (19%). O percentual dos respondentes que informaram não ter problemas de saúde no bairro foi de 6% e os que não souberam responder, de 9%.

Dez por cento das famílias apontaram as doenças específicas como problema, dentre as quais: dengue (34), hipertensão arterial (25), diabetes (8), asma (5), bronquite, leptospirose e leishmaniose (2 menções cada).

Tabela 25 – O2 Principais problemas de saúde existentes no bairro ou comunidade, na opinião das famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Principais problemas	n	%
Falta de médico	278	30,9
Falta de serviços de emergência	196	21,8
Falta de medicamento	174	19,3
Dificuldade para fazer exame	102	11,3
Dificuldade de acesso a serviço de saúde	95	10,6
Doenças (*)	89	9,9
Falta de dentista	78	8,7
Não tem problema	56	6,2
Falta de Posto e Centro de Saúde	29	3,2
Não sabe	82	9,1
Outros	241	26,8

Observação: n = 900 Famílias indicaram os principais problemas de seu bairro ou comunidade

(*) Entre as doenças citadas estão: dengue (34), hipertensão arterial (25), diabetes (8), asma (5), bronquite, leptospirose e leishmaniose (2 menções cada), câncer, cardiopatias, depressão, diarreia, doenças crônico- degenerativas, hepatite, DST, obesidade e gripe (1 menção cada).

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Dentre os principais problemas de saúde mencionados espontaneamente pelas famílias cadastradas como existentes no bairro, foram especificados com destaque, entre os outros, a demora para consultas e exames (3%), o acesso a especialidades médicas (2%) e a qualidade dos serviços de saúde (1%).

Tabela 26 – O2i Outros tipos de problemas de saúde existentes no bairro ou na comunidade, na opinião das famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Outros problemas de saúde	n	%
Demora para consultas e exames	27	3,0
Acesso a especialidades médicas	17	1,9
Qualidade dos serviços de saúde	12	1,3
Acolhimento/ humanização da atenção	4	0,4
Falta de infra-estrutura, de material e equipamentos médicos	4	0,4
Ausência ou insuficiência de hospital/ UPA/ serviço de emergência	3	0,3
Não realização de visitas domiciliares pela equipe de saúde	3	0,3
Falta/ rotatividade de profissionais de saúde	2	0,2
Falta de atividades de promoção a saúde	2	0,2
Falta de informação/ orientação	2	0,2
Pobreza	1	0,1
Outros	25	2,8

Observação: n= 900 famílias indicaram os principais problemas de seu bairro ou comunidade.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Os principais responsáveis pela solução dos problemas de saúde do bairro para a maior parte das famílias seriam: o governo – sem especificação (45%), o segundo responsável seria o governo municipal (27%), seguidos, em menores proporções, pela Secretaria Municipal de Saúde (8%), pelo governo federal (8%) e pelo governo estadual (7%). Não souberam informar 14% dos respondentes.

Tabela 27 – Principais responsáveis pela solução dos problemas de saúde do bairro na opinião das famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Responsáveis	n	%
Governo	404	44,9
Governo federal	73	8,1
Governo estadual	66	7,3
Governo municipal (Prefeitura)	240	26,7
Secretaria Municipal de Saúde	73	8,1
Outra Secretaria Municipal	7	0,8
Centros e Postos de Saúde	26	2,9
Hospitais	3	0,3
Equipes de Saúde da Família	12	1,3
Agentes Comunitários de Saúde	4	0,4
Conselho Local de Saúde	2	0,2
Conselho Municipal de Saúde	2	0,2
Igrejas	-	-
Associações de moradores	24	2,7
Pessoas que moram na comunidade	54	6,0
Outro	52	5,8
Não sabe	124	13,8

Observação: n= 900 famílias indicaram os principais problemas de seu bairro ou comunidade.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Entre outros responsáveis citados espontaneamente pelos respondentes, cabe destacar a gerência da unidade de saúde (10 menções), políticos (6 menções) e os profissionais de saúde (5 menções).

6. OUTRAS MODALIDADES DE ARTICULAÇÃO E PARCERIAS COM ONGS

Como mencionado pelas ESFs, além das iniciativas de articulação intersetorial entre as diversas secretarias municipais, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte conta com parcerias de diversas ordens com várias organizações da sociedade civil. Essas parcerias são estabelecidas a partir de dado tema-problema. A iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde chamada BH de Mãos Dadas Contra a Aids, por exemplo, possui 200 parceiros, incluindo empresas, ONGs e Igrejas.

Há parceria histórica da SMSA formalizada com a Pastoral da Criança: todos os anos, representantes da Pastoral analisam os problemas dos locais onde atuam junto com a equipe da Secretaria de Saúde. Há também parcerias não formalizadas com a igreja

evangélica. A Saúde desenvolve também ações em delegacias, em parceria com a promotoria, atendendo adolescentes e adultos presos.

Para a coordenação da atenção básica, essas ações com ONGs são menos sistemáticas na cidade como um todo, pois ocorrem efetivamente nos territórios. Quando há um problema que atinge toda a cidade, as articulações entre diferentes setores, incluindo a iniciativa privada, são pontuais, como para o combate a dengue, por exemplo.

O Programa BH Cidadania iniciou recentemente um trabalho piloto na regional norte com a ONG Renascer, instituição assistencial do Rio de Janeiro voltada à atenção a crianças pobres com doenças crônicas. Esta parceira está em processo de formalização e as esferas de atuação de cada setor estão sendo definidas, bem como a complementaridade das ações, na medida em que o programa conta também com a participação de empresários e do poder público.

O Programa Escola Integrada possui o apoio de uma rede local, como clubes, igrejas e universidades, para desenvolver atividades com as crianças no contraturno escolar, e a parceria de setores governamentais, tais como cultura, esporte, abastecimento, trânsito e limpeza urbana.

O superintendente da Limpeza Urbana relata que a articulação entre os setores governamentais e a sociedade civil é estabelecida nos fóruns em que a participação desta é formalizada, tais como os Conselhos Municipais de políticas públicas, por exemplo. Além destes, o orçamento participativo é descrito como o exemplo de articulação entre diferentes setores e segmentos. Neste, as iniciativas e os projetos são discutidos de forma permanente, o que tem potencializado a articulação em momentos de crise: *“Tivemos uma facilidade muito grande de articular o grupo executivo de combate a dengue porque já tínhamos a experiência acumulada do grupo executivo da área de risco. Essa experiência acumulada facilita a ação em momentos de crise, mas temos tradição de trabalho integrado há vários anos”*

Além da participação em Conselhos Locais e Distritais de Saúde, as Unidades de Saúde da Família estabelecem parcerias formais com ONGs e, informalmente, com igrejas locais, conforme destacou a gerente da USF São Bernardo *“Sempre que precisamos de palestras ou de espaço, por exemplo, agora, para a campanha de vacinação que vai acontecer, vamos abrir também um posto de apoio em uma igreja”*.

Ressaltou ainda que a Educação é o setor que mais solicita a participação da Saúde em determinadas ações. Uma das ações desenvolvidas em parceria com as escolas, assinalada pela gerente do Centro de Saúde São José, é a identificação dos motivos que levam algumas crianças a se ausentarem da escola durante determinado período. No caso de crianças faltosas, a Saúde, após verificar os motivos que levaram à ausência da criança na escola, envia relatório detalhado para a Educação, informando se há problemas de saúde na família. São também feitas ações preventivas nas escolas por meio de visitas dos ACS em todas as salas de aula, para discutir com os alunos o tema da dengue, por exemplo.

Há ainda parcerias com a Pastoral da Criança: *“São mais ou menos 70/80 crianças da Pastoral que também são atendidas por nós. Quando há um problema lá, nós agendamos e discutimos com a Pastoral o caso daquela criança, o que está acontecendo”*, destacou a gerente do Centro de Saúde.

A Escola Integrada foi destacada pela gerente da USF Túnel de Itiberê como o exemplo de trabalho articulado entre a Estratégia Saúde da Família e a Educação. A partir desta parceria são realizadas as ações de pesagem das crianças e a solicitação de exames para avaliação de rotina. Há ainda parceria com a Pastoral e com o Grupo Corpo, para o desenvolvimento do Projeto Corpo Cidadão nas escolas e creches, relatou a gerente da USF São Miguel Arcanjo.

A gerente do Programa de Transferência de Renda diz que não há participação da sociedade civil, nos fóruns intersetoriais de Belo Horizonte e que a relação do poder público com as ONGs é ainda insuficiente: *“Precisamos avançar mais e com um outro olhar para essa questão do voluntariado, da entrada da sociedade civil. Há um projeto intersetorial na regional norte, onde temos vulnerabilidade e complexidade de riscos muito grande. Elegemos um grupo de trinta famílias, no qual a saúde, a educação, a assistência social e as políticas sociais estão intervindo. Dessas trinta famílias, vinte e duas são bolsistas. Estamos negociando com duas ONG’s para a entrada nesse projeto. Estou dando esse exemplo, mas isso não é comum em Belo Horizonte”*.

7. AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS ESFs SOBRE O DESEMPENHO DAS EQUIPES NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES INTERSETORIAIS

A pesquisa buscou conhecer a avaliação dos profissionais de nível superior das ESFs a respeito do desempenho da equipe quanto à atuação intersetorial por meio de algumas assertivas (tabela C13).

A articulação com outros setores sociais atuantes na área de abrangência das ESFs para enfrentamento de problemas identificados tem desempenho insatisfatório na opinião da maioria dos profissionais (74% médicos e 71% dos enfermeiros). Apenas um quarto dos profissionais entrevistados avaliou o desempenho das ESFs na articulação com outros setores sociais como satisfatório ou muito satisfatório.

A avaliação dos médicos e enfermeiros das ESFs de Belo Horizonte quanto à capacidade de mediação de ações intersetoriais por parte das equipes para enfrentar problemas da comunidade também foi bastante crítica. Cerca de 70% dos profissionais avaliou o desempenho das ESFs nesse processo como insatisfatório ou muito insatisfatório, contrastado com apenas 26% dos que avaliaram como satisfatório ou muito satisfatório.

Tabela 28 – C13 Desempenho da equipe quanto à atuação intersetorial, segundo médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Profissionais	Muito satisfatório		Satisfatório		Insatisfatório		Muito Insatisfatório		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Médicos										
p) Articulação com outros setores sociais atuantes na área de abrangência para enfrentamento de problemas identificados	2	2,8	15	20,8	46	63,9	7	9,7	2	2,8
r) Capacidade de mediação de ações intersetoriais para enfrentar problemas da comunidade	2	2,8	16	22,2	41	56,9	10	13,9	3	4,2
Enfermeiros										
p) Articulação com outros setores sociais atuantes na área de abrangência para enfrentamento de problemas identificados	1	1,3	19	25,3	45	60,0	8	10,7	2	2,7
r) Capacidade de mediação de ações intersetoriais para enfrentar problemas da comunidade	2	2,7	19	25,3	45	60,0	7	9,3	2	2,6
Total médicos e enfermeiros										
p) Articulação com outros setores sociais atuantes na área de abrangência para enfrentamento de problemas identificados	3	2,0	34	23,1	91	61,9	15	10,2	4	2,7
r) Capacidade de mediação de ações intersetoriais para enfrentar problemas da comunidade	4	2,7	35	23,8	86	58,5	17	11,6	4	2,7

Observação: n= 72 médicos e n=75 enfermeiros.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

8. PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A participação social constitui requisito e, ao mesmo tempo, é expressão da ação comunitária e da intersetorialidade desenvolvida pela Estratégia Saúde da Família.

A pesquisa procurou conhecer a participação da comunidade na definição e no acompanhamento das ações intersetoriais desenvolvidas pelo município desde a perspectiva de gestores, dos profissionais e das famílias cadastradas na Estratégia Saúde da Família de Belo Horizonte.

Buscou também conhecer a participação dos próprios profissionais das ESFs em fóruns colegiados de políticas de saúde e, sobretudo, nos conselhos locais. Pressupõe-se que profissionais de saúde participativos têm preocupações mais gerais e tendem a desempenhar ações comunitárias com mais frequência.

Ao mesmo tempo, a existência e o funcionamento do Conselho Local de Saúde tende a viabilizar a participação social e a fomentar a discussão de problemas no território.

Do ponto de vista dos gestores entrevistados, o orçamento participativo (OP) foi considerado o momento de encontro de todas as áreas de intervenção pública no município, sobretudo pela coordenação da atenção básica da SMSA. É também uma das ações que tem participação extremamente ativa da população, como destacou a gerente dos Programas de Transferência de Renda. No OP, a população participa acompanhando e exigindo ações na cidade.

Há ainda a modalidade do orçamento participativo digital, o que possibilitou à classe média votar, através da internet, as obras de impacto para a cidade. Das nove obras votadas para a cidade, duas eram da Saúde. O OP é tido pelo secretário de educação como o melhor exemplo de participação social e de discussão da cidade como um todo, pois possibilita o debate global sobre as demandas dos cidadãos, acerca das mudanças dos equipamentos públicos já existentes e o reordenamento territorial.

Entre os projetos intersetoriais, o BH Cidadania é visto pela assessora de ações intersetoriais como o que possui maior participação da população devido à existência dos grupos de referência, compostos por lideranças comunitárias, que participam das definições: *“(...) tem uma participação da população, mas ainda é desorganizada. A população participa. Quer o BH Cidadania. Fica nervosa quando não tem o dinheiro, mas na compreensão do processo saúde-doença são muito fragilizados. A noção de direito ainda não faz parte. Mesmo em Belo Horizonte, que tem orçamento participativo, não há esta noção.”*

A equipe técnica do BH Cidadania expõe a proposta à comunidade da área de intervenção definida a partir de um diagnóstico (território). Após a apresentação, a discussão e a avaliação dos dados, a comunidade pode redefinir o território com suas informações e demandas.

A participação da população de Belo Horizonte é percebida como importante pelos gestores municipais, principalmente se for qualificada. Enfatizando esse aspecto, a superintendente de limpeza urbana afirmou que a participação popular tem sido extremamente crítica em relação às ações governamentais, postura considerada fundamental, pois tem gerado a fiscalização espontânea dos serviços públicos por parte da população.

Para que a população possa acompanhar e avaliar as ações intersetoriais, a prefeitura disponibiliza canais de comunicação, como o e-mail do gabinete do prefeito, o site da

prefeitura, o *call center* e as centrais de atendimento regionais. Além destas ferramentas de comunicação entre governo e população, a prefeitura de Belo Horizonte está criando uma central de atendimento que pretende unificar, no mesmo espaço, vários atendimentos e serviços à população.

No que se refere ao Programa Bolsa Família, existe o Conselho de Controle Social, composto por representantes das políticas sociais e de ONGs. Contudo, a atuação deste Conselho é vista pela gerente dos Programas de Transferência de Renda como muito aquém do que os gestores gostariam enquanto controle social.

Ações comunitárias

Perguntou-se a opinião dos profissionais das ESFs sobre o grau de participação das lideranças comunitárias no levantamento de informações a respeito das condições de vida e saúde da comunidade. Para a maioria dos médicos (53%), a participação das lideranças comunitárias nesse processo é fraca, enquanto 17% afirmaram que as lideranças não participaram. Esse mesmo percentual (17%) de médicos declarou que a presença das lideranças comunitárias é forte.

Tendência similar pode ser observada entre os enfermeiros, metade (51%) dos quais considera a participação das lideranças comunitárias no levantamento de informações sobre as condições de vida e a saúde da comunidade fraca e 16% a consideram forte.

Tabela 29 – E6 Presença de lideranças comunitárias no levantamento de informações sobre condições de vida e saúde da comunidade informada pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Grau de participação	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Forte	12	16,7	12	16,0	24	16,3
Fraca	38	52,8	38	50,7	76	51,7
Não houve participação das lideranças	12	16,7	12	16,0	24	16,3
Não sabe informar	10	13,9	13	17,3	23	15,6
Total	72	100,0	75	100,0	147	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Entre os ACS e técnicos/ auxiliares de enfermagem, as respostas foram mais divididas. Para 26% dos ACS e 29% dos auxiliares de enfermagem, a participação das lideranças comunitárias no levantamento de informações sobre as condições de vida e de saúde da comunidade é forte. Para 39% dos ACS e para 40% dos auxiliares/técnicos de enfermagem, a participação das lideranças comunitárias é fraca.

Chama a atenção, entre todas as categorias profissionais, o percentual significativo de respondentes que não soube informar, sempre superior a 13%.

Tabela 30 – E5 Presença das lideranças comunitárias no levantamento de informações sobre as condições de vida e saúde da comunidade, conforme Agentes Comunitários de Saúde e auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Grau de participação	ACS		Aux/Téc enfermagem	
	n	%	n	%
Forte	44	25,9	26	29,2
Fraca	67	39,4	36	40,4
Não houve participação das lideranças	33	19,4	6	6,7
NSI	26	15,3	21	23,6
Total	170	100,0	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Outra questão formulada aos profissionais das ESFs foi quanto à frequência de iniciativas conjuntas entre as equipes e a população voltadas para o desenvolvimento comunitário que estivessem em funcionamento. A maioria de médicos (72%) e dos enfermeiros (75%) declarou que essas iniciativas ocorrem poucas vezes ou nunca, demonstrando a fragilidade dessas iniciativas no âmbito das ESFs.

Tabela 31 – E7 Existência de iniciativas (em funcionamento) realizadas em conjunto com a população com ênfase no desenvolvimento comunitário informada pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Frequência de iniciativas	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sempre	2	2,8	3	4,0	5	3,4
Na maioria das vezes	12	16,7	9	12,0	21	14,3
Poucas vezes	39	54,2	42	56,0	81	55,1
Nunca	13	18,1	14	18,7	27	18,4
Não sabe informar	6	8,3	7	9,3	13	8,8
Total	72	100,0	75	100,0	147	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Para metade dos ACS, as iniciativas conjuntas entre ESF e população também ocorrem poucas vezes ou nunca, embora um percentual expressivo (cerca de 35%) tenha apontado a ocorrência sempre ou muitas vezes de iniciativas conjuntas. Já entre os auxiliares/ técnicos de enfermagem, 46% afirmaram que o desenvolvimento de iniciativas conjuntas entre a população e a ESF ocorre poucas vezes ou nunca, enquanto uma proporção pouco menor (42%) disse que tais iniciativas ocorrem sempre ou na maioria das vezes. Deve-se registrar o percentual de auxiliares/ técnicos de enfermagem que não soube responder a questão (12%).

Tabela 32 – E6 Existência de iniciativas (em funcionamento) realizadas em conjunto com a população com ênfase no desenvolvimento comunitário informada pelos Agentes Comunitários de Saúde e auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Frequência de iniciativas	ACS		Aux/Téc enfermagem	
	n	%	n	%
Sempre	24	14,1	11	12,4
Na maioria das vezes	35	20,6	26	29,2
Poucas vezes	66	38,8	32	36,0
Nunca	36	21,2	9	10,1
NSI	9	5,3	11	12,4
Total	170	100,0	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Às famílias cadastradas foi perguntada a frequência da participação de familiares em reuniões ou atividades comunitárias e/ou coletivas. Como se pode observar na tabela abaixo, a maioria dos entrevistados (percentual acima de 80%) declarou não participar de nenhum dos grupos/organizações listados, à exceção dos grupos religiosos, nos quais 57% afirmaram participar.

Entre as instâncias organizativas relacionadas, a segunda maior participação – ainda que em proporção bastante inferior à participação em grupos religiosos – foi nos grupos de saúde, seguida de perto pelos grupos culturais ou associações esportivas, nos quais cerca de 11% dos respondentes declarou participar.

Tabela 33 – Q1 Participação das famílias cadastradas em reuniões ou atividades comunitárias/ coletivas, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Tipo de reuniões ou atividades comunitárias	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Ninguém participa	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupos Religiosos	405	45,0	107	11,9	93	10,3	295	32,8
Grupos de saúde do tipo grupo de hipertensos, de diabéticos, de gestantes...	56	6,2	44	4,9	61	6,8	739	82,1
Grupos culturais ou associações esportivas	53	5,9	34	3,8	26	2,9	787	87,4
Associações de moradores	25	2,8	9	1,0	40	4,4	826	91,8
Partidos políticos	10	1,1	5	0,6	15	1,7	870	96,7
Cooperativas	8	0,9	-	-	5	,6	887	98,6
Grupos de ajuda mútua do tipo Alcoólicos Anônimos	3	0,3	1	0,1	9	1,0	887	98,6

Observação: n = 900 Famílias.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Participação no Conselho Municipal de Saúde

A pesquisa buscou conhecer o grau de participação tanto dos profissionais das ESFs quanto das famílias cadastradas em fóruns de formulação de políticas de saúde, especialmente no Conselho Municipal de Saúde.

Aos profissionais das ESFs foi perguntado se participam regularmente de fóruns de formulação da política e de ações de saúde e, nos casos afirmativos, quais seriam esses fóruns. Como se pode observar nas tabelas E12, a maioria dos profissionais das ESFs de todas as categorias declarou não participar de nenhum fórum dessa natureza. Dentre as categorias profissionais, a menor participação foi declarada pelos médicos (92% não participam), enquanto a maior participação foi dos ACS (16,5% declararam participar).

Tabela 34 – E12 Participação regular de médicos e enfermeiros em fóruns de formulação da política e ações de saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Participação nos fóruns	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	6	8,3	13	17,3	19	12,9
Não	66	91,7	62	82,7	128	87,1
Total	72	100,0	75	100,0	147	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Tabela 35 – E12 Participação regular dos ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem em fóruns de formulação da política e de ações de saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Participação nos fóruns	ACS		Aux/Téc enfermagem	
	n	%	n	%
Sim	28	16,5	13	14,6
Não	142	83,5	76	85,4
Total	170	100,0	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Dentre os profissionais de nível superior que afirmaram participar de fóruns de formulação de política e de ações de saúde, a maior participação declarada pelos médicos foi no Conselho Municipal de Saúde e na Conferência Municipal de Saúde (2 em cada fórum). Entre os enfermeiros, 8 declararam participar nos fóruns intersetoriais, e 3 informaram participar do Conselho Municipal de Saúde, da Conferência Municipal de Saúde e das Plenárias de Conselheiros de Saúde.

Tabela 36 – E13 Fóruns de formulação da política e de ações de saúde nos quais participam médicos e enfermeiros que participam regularmente, Belo Horizonte (MG), 2008

Fóruns	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Conselho Municipal de Saúde	2	33,3	3	23,1	5	26,3
Conselho Distrital de Saúde	1	16,7	1	7,7	2	10,5
Conferência Municipal de Saúde	2	33,3	3	23,1	5	26,
Conferência Estadual de Saúde	-	-	-	-	-	,0
Conferência Nacional de Saúde	-	-	-	-	0	,0
Plenárias de Conselheiros de Saúde	-	-	3	23,1	3	15,8
Fóruns intersetoriais	2	33,3	8	61,5	10	52,6
Outros	2	33,3	2	15,4	4	21,1

Observação: n = 6 médicos e n = 13 enfermeiros que participam regularmente de outros fóruns de formulação da política e de ações de saúde.

Descrição dos outros: fórum da criança do distrito de Venda Nova; fóruns grupo de enfermeiros; conferência de saúde do trabalho e mesa SUS enfermeiros em luta.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Entre os ACS que informaram participar de fóruns de formulação da política e de ações de saúde, pouco mais da metade (15) assinalou participar no Conselho Municipal de Saúde, enquanto 11 tomam parte no Conselho Distrital, 9 no Conselho Municipal de Saúde e 8, nas Plenárias de Conselheiros de Saúde.

Já entre os auxiliares/ técnicos de enfermagem, 5 disseram participar do Conselho Distrital de Saúde, e das Plenárias de Conselheiros de Saúde e 3, no Conselho Municipal de Saúde e Conferência Municipal de Saúde.

Tabela 37 – E13 Fóruns de formulação da política e de ações de saúde onde Agentes Comunitários de Saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem participam regularmente, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Fóruns	ACS		Aux/Téc enfermagem	
	n	%	n	%
Conselho Municipal de Saúde	9	32,1	3	23,1
Conselho Distrital de Saúde	11	39,3	5	38,5
Conferência Municipal de Saúde	15	53,6	3	23,1
Conferência Estadual de Saúde	1	3,6	-	-
Conferência Nacional de Saúde	1	3,6	-	-
Plenárias de Conselheiros de Saúde	8	28,6	5	38,5
Fóruns intersetoriais	2	7,1	1	7,7
Outros	4	14,3	1	7,7

Observação: n = 28 ACS e n = 13 auxiliares/técnicos de enfermagem que participam regularmente de outros fóruns de formulação da política e de ações de saúde.

Descrição dos outros: colegiado gestor (3) e Conselho Local de Saúde.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Para as famílias cadastradas, a pesquisa procurou saber seu conhecimento e participação no Conselho Municipal de Saúde. A maioria dos respondentes (70%) informou não conhecer ou ter ouvido falar do Conselho Municipal de Saúde. Dentre os que afirmaram conhecê-lo, apenas 5% mencionaram participar desse fórum.

Tabela 38 – Q2 e Q3 Conhecimento e participação das famílias cadastradas no Conselho Municipal de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Conhecimento e participação no Conselho Municipal de Saúde	n	%
Conhece ou já ouviu falar do CMS		
Sim	270	30,0
Não	629	69,9
Não respondeu	1	,1
Algum morador da residência participa no CMS*		
Sim	14	5,2
Não	252	93,0
Não respondeu	4	1,5

*Observação: n = 270 famílias que responderam terem ouvido falar do Conselho Municipal de Saúde.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Participação no Conselho Local de Saúde

Os Conselhos Locais de Saúde (CLS) estão presentes em todas as UBS e a maioria dos profissionais das ESFs (90% e+), de todas as categorias, confirmou sua existência na área de abrangência em que atua. Dentre as categorias profissionais, foram os auxiliares/técnicos de enfermagem os que apresentaram maior proporção (95,5%) de respondentes a afirmar que existe Conselho Local de Saúde.

Tabela 39 – E8 Existência de Conselho Local de Saúde informada pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Existência de Conselho Local de Saúde	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	66	91,7	71	94,7	137	93,2
Não	6	8,3	4	5,3	10	6,8
Total	72	100,0	75	100,0	147	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Tabela 40 – E7 Existência de um Conselho Local de Saúde na unidade dos Agentes Comunitários de Saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Existência de Conselho Local de Saúde	ACS		Aux/Téc enfermagem	
	n	%	n	%
Sim	161	94,7	85	95,5
Não	5	2,9	4	4,5
Não sabe informar	4	2,4	-	-
Total	170	100,0	89	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

A participação dos profissionais das ESFs nos CLS é elevada. A maioria dos médicos (54,5%), dos enfermeiros (68%) e dos auxiliares de enfermagem (69%) declarou participar, como membro efetivo, do Conselho Local de Saúde. Vale chamar a atenção para o fato de que os médicos foram os que apresentaram, dentre as categorias profissionais, a menor proporção de participação nesse fórum, ainda que mais da metade participe.

Tabela 41 – E9 Participação de algum profissional da ESF no Conselho Local de Saúde como seu membro efetivo, informada pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Participação como membro efetivo	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	36	54,5	48	67,6	84	61,3
Não	30	45,5	23	32,4	53	38,7
Total	66	100,0	71	100,0	137	100,0

Observação: n =66 médicos e n =71 enfermeiros que disseram existir Conselho Local de Saúde em sua unidade.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Tabela 42 – E9 Participação de algum profissional da ESF no Conselho Local de Saúde como seu membro efetivo, informada pelos auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Participação dos profissionais da ESF	n	%
Sim	59	69,4
Não	26	30,6
Total	85	100,0

Observação: n = 85 auxiliares/técnicos de enfermagem que disseram existir Conselho de Saúde Local.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Em relação aos ACS, foi perguntada a periodicidade de sua participação no Conselho Local de Saúde. Quase 44% afirmaram que participam do Conselho Local de forma ocasional, enquanto que 25% disseram participar sempre. Os ACS que mencionaram

nunca tomar parte nesse fórum representaram 32% dos respondentes.

Tabela 43– E8 Participação dos Agentes Comunitários de Saúde no Conselho Local de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Periodicidade de participação	n	%
Sempre	40	24,8
Ocasionalmente	70	43,5
Nunca participa	51	31,7
Total	161	100,0

Observação: n = 161 ACS que disseram existir conselho local de saúde.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Dos 110 ACS que afirmaram participar do Conselho Local de Saúde, a maioria (54,5%) o faz na qualidade de representante da ESF, enquanto 21% participam como observadores e 18% se declararam representantes da comunidade.

Tabela 44 – E9 Categoria de participação dos Agentes Comunitários de Saúde no Conselho Local de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Categorias	n	%
Representante da Equipe de Saúde da Família	60	54,5
Observador	23	20,9
Representante da comunidade	20	18,2
Outro	7	6,4
Total	110	100,0

Observação: n = 110 ACS que disseram participar sempre ou ocasionalmente do conselho local de saúde.

Descrição dos outros: Conselheiro (2), representante da ESF e observador, foi só uma vez para conhecer, como profissional ESF, representante de ACS, secretário e representante da equipe de saúde da família, trabalhador, trabalhador e usuário, usuário (2).

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Foi solicitado aos profissionais das ESFs que afirmaram existir Conselho Local de Saúde, que avaliassem o grau de relevância desse fórum para o desenvolvimento das condições de saúde da comunidade. As opiniões sobre a relevância do CLS foram divididas. Entre os médicos, 48% avaliaram o Conselho Local como relevante ou muito relevante, enquanto 38% disseram que essa instância é pouco ou nada relevante.

Para 44% dos enfermeiros, o Conselho Local de Saúde é relevante ou muito relevante, mas 48% avaliaram os trabalhos dessa instância como pouco ou nada relevante.

Tabela 45 – E10 Avaliação dos trabalhos do Conselho Local de Saúde para desenvolvimento de condições de saúde da comunidade, por médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Avaliação	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Muito relevante	9	13,6	8	11,3	17	12,4
Relevante	23	34,8	23	32,4	46	33,6
Pouco relevante	23	34,8	26	36,6	49	35,8
Nada relevante	3	4,5	9	12,7	12	8,8
Não sabe avaliar	8	12,1	5	7,0	13	9,5
Total	66	100,0	71	100,0	137	100,0

Observação: n =66 médicos e n =71 enfermeiros que disseram existir Conselho Local de Saúde em sua unidade;

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Os trabalhos do Conselho Local de Saúde para desenvolvimento de condições de saúde da comunidade foram avaliados como relevantes ou muito relevantes pela maioria dos ACS (61%), ainda que quase 30% avaliaram como pouco relevante. Apenas 3% dos ACS assinalaram que o Conselho Local de Saúde tem atuação nada relevante.

Já entre os auxiliares/ técnicos de enfermagem, quase metade (48%) avaliou o Conselho Local de Saúde como relevante ou muito relevante, ao passo que 23,5% avaliaram-no como pouco relevante. Os auxiliares/ técnicos de enfermagem foram, dentre os profissionais das ESFs, os que mais declararam não saber avaliar as atividades do Conselho Local de Saúde (23,5%).

Tabela 46 – Avaliação das atividades do Conselho Local de Saúde para desenvolvimento de condições de saúde da comunidade, por ACS e auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Avaliação	ACS		Aux/Téc enfermagem	
	n	%	n	%
Muito relevante	25	22,7	8	9,4
Relevante	42	38,2	33	38,8
Pouco relevante	32	29,1	20	23,5
Nada relevante	3	2,7	4	4,7
Não sabe avaliar	9	8,2	20	23,5
Total	110	100,0	85	100,0

Observação: n=110 ACS e n = 85 auxiliares/técnicos de enfermagem que disseram existir Conselho de Saúde Local.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Quando solicitados a avaliar a existência de conflitos nos trabalhos do Conselho Local de Saúde, o percentual daqueles que não souberam avaliar ultrapassou 10% em todas as

categorias profissionais das ESFs. O maior percentual dos que não souberam avaliar foi entre os auxiliares/ técnicos de enfermagem, com quase 30% e o menor entre os ACS (12%).

Para a metade dos médicos, os trabalhos do Conselho Local de Saúde apresentam conflitos ou muitos conflitos, enquanto 30% afirmaram haver pouco conflito. Os médicos que declararam que não existem conflitos nos trabalhos do Conselho Local de Saúde representaram apenas 1,5% dos respondentes.

Entre os enfermeiros, quase 40% avaliaram que os trabalhos do Conselho Local de Saúde apresentam conflitos ou muitos conflitos, enquanto os que avaliaram que existem poucos ou nenhum conflitos somaram 45%.

Tabela 47 – E11 Avaliação da existência de conflito nos trabalhos do Conselho Local de Saúde, por médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Avaliação	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sem conflito	1	1,5	9	12,7	10	7,3
Com pouco conflito	19	28,8	23	32,4	42	30,7
Com conflito	23	34,8	20	28,2	43	31,4
Com muito conflito	10	15,2	8	11,3	18	13,1
Não sabe avaliar	13	19,7	11	15,5	24	17,5
Total	66	100,0	71	100,0	137	100,0

Observação: n =66 médicos e n =71 enfermeiros que disseram existir Conselho Local de Saúde em sua unidade.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Entre os ACS, a maioria (62%) avaliou que os trabalhos do Conselho Local de Saúde não apresentam ou apresentam poucos conflitos. Cerca de 25% dos ACS indicaram a existência de conflitos, enquanto apenas menos de 2% declararam haver muitos conflitos no Conselho Local de Saúde.

Já entre os auxiliares/ técnicos de enfermagem, as avaliações foram divididas. Para 40% desses profissionais, os trabalhos do Conselho Local de Saúde não apresentam ou apresentam poucos conflitos, quase 31% avaliaram que esse conselho apresenta conflitos ou muitos conflitos.

Tabela 48 – E11 Avaliação da existência de conflito nos trabalhos do Conselho Local de Saúde, por ACSs e auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Avaliação	ACS		Aux/Téc enfermagem	
	n	%	n	%
Sem conflito	13	11,8	9	10,6
Com pouco conflito	55	50,0	25	29,4
Com conflito	28	25,4	18	21,2
Com muito conflito	2	1,8	8	9,4
Não sabe avaliar	13	11,8	25	29,4
Total	110	100,0	85	100,0

Observação: n=111 ACS e n = 85 auxiliares/técnicos de enfermagem que disseram existir Conselho de Saúde Local.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

A pesquisa procurou conhecer o grau de conhecimento e de participação no Conselho Local de Saúde das famílias cadastradas. A maioria (84%) declarou não conhecer o Conselho Local de Saúde, enquanto apenas 16% informaram conhecer essa instância. Dentre as famílias que declararam conhecer o Conselho Local de Saúde, 83% disseram não participar, enquanto que os participantes somam apenas 15,5% dos respondentes.

Tabela 49 – Q4 Conhecimento e participação das famílias cadastradas no Conselho Local de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Conhecimento e participação no Conselho Local de Saúde	n	%
Conhece ou já ouviu falar do CLS		
Sim	142	15,8
Não	756	84,0
Não respondeu	2	,2
Algun morador da residência participa do CLS*		
Sim	22	15,5
Não	118	83,1
Não respondeu	3	2,1

*Observação: n = 142 famílias que responderam terem ouvido falar do Conselho Local de Saúde.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Possibilidades de reclamação/ denúncias sobre os serviços de saúde

Foi perguntado às famílias cadastradas se saberiam para onde se dirigir ou a quem procurar caso precisassem fazer uma reclamação, queixa ou denúncia sobre problemas ocorridos nos serviços públicos de saúde. A maioria dos respondentes (70%) declarou não saber a quem recorrer.

Entre as opções sobre a quem se dirigir em caso de reclamação, queixa ou denúncia, a mais assinalada pelas famílias cadastradas foi a Secretaria Municipal de Saúde, com 12% das menções, seguida pelos profissionais de saúde (4%).

Também foram citados espontaneamente pelas famílias cadastradas: os responsáveis pela unidade de saúde (35 menções), o Conselho Local de Saúde, o Ministério da Saúde (5 menções cada) e a polícia (4 menções), entre outros.

Tabela 50 – Q6 Conhecimento das famílias cadastradas sobre a quem recorrer em caso de reclamação, queixa ou denúncia sobre problemas ocorridos nos serviços públicos de saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Local onde se dirige para fazer reclamações	n	%
À Secretaria Municipal de Saúde	112	12,4
Aos profissionais de saúde	35	3,9
À Secretaria Estadual de Saúde	17	1,9
À Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde	12	1,3
A caixa de reclamações/ sugestões dos serviços de saúde	10	1,1
Aos meios de comunicação (jornal, rádio, TV)	6	,7
Aos órgãos de defesa do consumidor	3	,3
A outros	84	9,3
Não sabe	620	68,9
Não respondeu	1	,1
Total	900	100,0

Descrição dos outros: ACS do posto, algum responsável pelo SEB, associação dos moradores (2), Câmara Municipal, central SUS, Conselho Distrital de Saúde, Conselho Local de Saúde (4), COREM, delegacia militar, gerência do posto de saúde (35), governo, IPSEMG, Ministério da Saúde (5), polícia civil (2), polícia e Rádio Itatiaia, Prefeitura (10), PROCON (3), Regional da Prefeitura Municipal (7), SOS Saúde (4), telefone para denúncias, posto e vigilância sanitária.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Questionados se algum membro da família já recorreu em casos de denúncia ou queixa sobre problemas ocorridos nos serviços de saúde, mais de 92% responderam que nunca fizeram queixas ou denúncias. Os profissionais de saúde foram os principais canais para onde encaminharam queixas, somando 3% dos entrevistados. Em seguida, aparece a Secretaria Municipal de Saúde, com 1% das menções.

Entre os receptores das queixas enunciadas espontaneamente pelos respondentes, especificadas em outros da tabela Q7, merecem destaque os responsáveis pela unidade de saúde (7 menções), o Conselho Local de Saúde, posto de saúde e SOS saúde (com 2 menções cada).

Tabela 51 – Q7 A quem as famílias cadastradas já fizeram alguma denúncia ou queixa sobre problemas ocorridos nos serviços de saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Queixas de problemas nos serviços de saúde	n	%
Aos profissionais de saúde	31	3,4
A Secretaria Municipal de Saúde	9	1,0
A Secretaria Estadual de Saúde	1	,1
Aos meios de comunicação (jornal, rádio, TV)	2	,2
Aos órgãos de defesa do consumidor	1	,1
Caixa de reclamações/ sugestões dos serviços de saúde	2	,2
A outros	21	2,3
Não fizeram queixa	831	92,4
Não respondeu	1	,1
Total	899	100,0

Descrição dos outros: associação dos moradores, Conselho Local de Saúde (2), diretor distrital de saúde, gerência do posto de saúde (7), órgão fiscalizador dos postos, posto de Saúde (2), Prefeitura (2), Regional Oeste da Prefeitura, sobre a dengue, SOS Saúde (2) e a patroa ligou para algum lugar.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

XIII. ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS E DOS GRUPOS PRIORITÁRIOS NA EXPERIÊNCIA DAS FAMÍLIAS

Este capítulo está constituído de duas partes principais. Na primeira, apresenta-se o conhecimento e a avaliação das famílias sobre o Agente Comunitário de Saúde (ACS), em particular sobre as visitas domiciliares e as atividades em grupo. Na segunda parte é analisado o acompanhamento de condições de saúde e das situações de vida selecionadas: portadores de hipertensão arterial, diabetes, idosos e doentes permanentemente acamados, gestantes e crianças até 2 anos de idade.

1. ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS)

Dentre as 900 famílias pesquisadas em Belo Horizonte, 645 (72%) informaram conhecer o Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável por sua área de moradia. Das 711 famílias com experiência de atendimento pela Estratégia Saúde da Família, esse número significa que 91% delas conhecia o ACS de sua área; 631 famílias já haviam sido atendidas ou visitadas pelo ACS, isto é, 70% do total de famílias pesquisadas e 98% dos entrevistados que afirmaram conhecê-lo.

A avaliação do acompanhamento realizado pelos ACS foi feita apenas pelos informantes que já tinham experiência de seu atendimento ou visita (631). Um pouco mais da metade das famílias (54%) comunicaram que o ACS de sua área de moradia visita o domicílio, no mínimo, uma vez por mês, porém um quarto dos entrevistados informou não receber essas visitas regularmente (25%), o que totaliza cerca de um terço das famílias entrevistadas, quando somadas àquelas que relataram visitas domiciliares em intervalo de tempo superior a três meses e até superior a um ano (4%).

Tabela 1 – G3 Frequência de visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde da área de moradia, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Frequência de visita ACS	n	%
Mensalmente	243	38,5
Não recebe visitas regularmente	159	25,2
Mais de uma vez por mês	100	15,8
A cada dois meses	72	11,4
Uma vez por ano	14	2,2
Em intervalo de tempo superior a três meses e inferior a 1 ano	7	1,1
Nunca recebeu	5	0,8
O domicílio foi cadastrado há menos de 2 meses	4	0,6
Em intervalo de tempo superior a 1 ano	2	0,3
Outro	5	0,8
Não sabe informar	20	3,2
Total	631	100,0

Observação: n = 631 entrevistados que informaram ter sido atendidos ou visitados pelo Agente Comunitário de Saúde da área de moradia.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Nas visitas domiciliares, os ACS devem realizar diversas atividades. Uma são orientações gerais como, por exemplo, relativas a comportamentos saudáveis ou perguntas a respeito das condições de saúde dos moradores. Outras ações estão direcionadas a grupos populacionais específicos, tais como crianças, gestantes e idosos. Foram pesquisadas 14 atividades dos ACS durante as visitas domiciliares, cinco das quais consideradas como orientações gerais e as demais, relacionadas com grupos específicos: saúde infantil (3), portadores de doenças crônicas (1), gestantes (1), idosos (1) e moradores que precisaram de assistência de saúde (3).

Os 631 entrevistados que informaram ter sido atendidos ou visitados pelo ACS da área de moradia, assinalaram que, nos últimos 12 meses, durante a visita domiciliar, eles realizaram os seguintes tipos de cuidados de ordem geral (em ordem decrescente): 82% perguntaram sobre problemas de saúde dos moradores; 66% forneceram orientações para a prevenção da dengue; 53% deram orientações relacionadas com a saúde das mulheres e 51%, sobre comportamentos saudáveis. No entanto, em apenas pouco mais de um terço dos domicílios (33%) visitados pelos ACS nos últimos 12 meses foram dadas orientações acerca da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Aids.

Entre as 487 famílias com integrante que precisou de assistência médica, para 74% das famílias os ACS lembraram a data de consultas marcadas, para 68% forneceram alguma informação relacionada com encaminhamento para serviços de saúde e para 55% efetuaram a busca dos faltosos às consultas agendadas.

O acompanhamento dos portadores de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, foi realizado pelos ACS em 71% das visitas nos últimos 12 meses em domicílios com integrantes portadores dessas patologias (375). Em 64% dos domicílios com crianças (207), os ACS verificaram o cartão de vacinação; em 49% deram orientações sobre cuidados de saúde infantil; e em somente 37% realizaram o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento das crianças.

Cerca de 60% das famílias com gestantes (59) informaram que os ACS realizaram o encaminhamento ao pré-natal durante as visitas domiciliares, porém apenas 40% das famílias com idosos (217) receberam orientações dos ACS sobre como cuidá-los.

Tabela 2 – G6 Tipos de cuidados realizados por Agentes Comunitários de Saúde nos últimos 12 meses durante as visitas domiciliares, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Tipos de cuidados	Sim		Não		Não Respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Perguntas sobre problemas de saúde dos moradores	518	82,1	113	17,9	-	-	631	100,0
Lembrar data das consultas marcadas****	359	73,7	128	26,3	-	-	487	100,0
Acompanhamento dos portadores de doenças como hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase**	267	71,2	108	28,8	-	-	375	100,0
Encaminhamento para serviços de saúde****	331	68,0	156	32,0	-	-	487	100,0
Orientações sobre prevenção da dengue	415	65,8	216	34,2	-	-	631	100,0
Verificação do cartão de vacinação das crianças*	133	64,3	74	35,7	-	-	207	100,0
Encaminhamento de gestantes ao pré-natal***	35	59,3	24	40,7	-	-	59	100,0
Busca dos faltosos às consultas agendadas****	270	55,4	217	44,6	-	-	487	100,0
Orientação sobre saúde da mulher (como planejamento familiar, prevenção de câncer de colo de útero e de mama, menopausa)	332	52,6	294	46,6	5	0,8	631	100,0
Orientações para os adultos sobre comportamentos saudáveis (como não fumar, controlar o peso, comer frutas e vegetais, não beber excessivamente)	320	50,7	311	49,3	-	-	631	100,0
Orientações sobre cuidados de saúde infantil (como soro caseiro em caso de desidratação infantil, aleitamento materno, suplementação alimentar etc.)*	101	48,8	106	51,2	-	-	207	100,0
Orientação de familiares para cuidar de idosos*****	87	40,1	130	59,9	-	-	217	100,0
Acompanhamento do crescimento das crianças do domicílio (medidas de peso e altura)*	76	36,7	131	63,3	-	-	207	100,0
Orientações sobre prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS	214	33,9	417	66,1	-	-	631	100,0

Observações: * n = 207 famílias com crianças no domicílio; ** = 375 famílias com integrantes portadores de hipertensão, diabetes, tuberculose ou hanseníase; *** n = 59 famílias com gestantes no domicílio; **** n = 487 famílias com integrante que precisou de assistência médica; ***** n = 217 famílias com idosos no domicílio.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Poucos entrevistados relataram ter sido convidados (ou alguém de sua família) pelo ACS, nos últimos 12 meses, a participar de atividades em grupo: 235 famílias, 37% das 631 que foram atendidas ou visitadas pelo ACS de sua área de moradia e 26% do total de famílias pesquisadas. Entre as atividades de grupo mais frequentes para as quais as 235 famílias foram convidadas pelo ACS a participar estavam aquelas relacionadas com: hipertensos (70%), diabéticos (14%), caminhadas e exercícios físicos (12%) e saúde da mulher (planejamento familiar) (8%). Entre 2 e 4% das famílias mencionaram atividades de grupo relativas a problemas respiratórios, nutricionais, gestantes, adolescentes, terceira idade e confecção de artesanato.

Tabela 3 – G11 Atividades em grupo para as quais que o Agente Comunitário de Saúde convidou algum membro da família nos últimos 12 meses, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Atividade em grupo	n	%
Hipertensos	164	69,8
Diabéticos	32	13,6
Caminhadas, exercícios físicos	27	11,5
Saúde da mulher (planejamento familiar)	18	7,7
Outros	11	4,7
Problemas respiratórios - asma, bronquite	8	3,4
Nutrição - baixo peso, obesidade, educação alimentar	7	3,0
Gestantes	6	2,6
Adolescentes	5	2,1
Terceira Idade	5	2,1
Artesanato	5	2,1
Aleitamento materno	4	1,7
Não sabe, não lembra, reuniões em geral	4	1,7
Festas, reuniões	3	1,3
Doenças (dengue, câncer, reumatismo)	3	1,3
Saúde mental - doença mental	2	0,9

Observação: n = 235 famílias com integrantes convidados pelo Agente Comunitário de Saúde a participarem de atividades em grupo nos últimos 12 meses.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

2. PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS

Das 900 famílias cadastradas no PSF entrevistadas em Belo Horizonte, metade informou a existência de portadores de doenças crônicas. Entre estas, as mais frequentes foram: hipertensão arterial (51%), diabetes (15%), obesidade (10%), doença mental (9%) e deficiência física (5%). Problemas de alcoolismo, doenças respiratórias e doenças reumáticas e ortopédicas foram mencionados entre 2% e 4% das famílias.

Tabela 4 – H1-10 Famílias e moradores com doenças crônicas, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Doenças	Famílias		Moradores	
	n	%	n	%
Hipertensão ou pressão alta	462	51,3	587	16,9
Diabetes	136	15,1	154	4,4
Obesidade	89	9,9	114	2,6
Doença mental	78	8,7	79	2,3
Portador de deficiência física	43	4,8	45	1,3
Problema de alcoolismo	40	4,4	46	1,3
Doenças respiratórias	34	3,8	52	1,5
Outro problema crônico de saúde	21	2,3	151	4,3
Doenças reumáticas e ortopédicas	20	2,2	50	1,4
Doenças cardiovasculares	12	1,3	12	0,3
Desnutrição	12	1,3	14	0,4
Doenças endócrinas	7	0,8	8	0,2
Doenças gastrointestinais	6	0,7	10	0,3
Doenças neurológicas	5	0,6	7	0,2
Duas ou mais doenças crônicas de diferentes sistemas e aparelhos	4	0,4	7	0,2
Hanseníase	3	0,3	4	0,1
Tuberculose	3	0,3	3	0,0
Doenças do aparelho geniturinário	3	0,3	5	0,1

Observação: n = 900 famílias cadastradas no PSF entrevistadas, correspondendo a 3.474 moradores.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

3. ACOMPANHAMENTO DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

Em Belo Horizonte, 462 famílias, ao redor de 51% das pesquisadas no município, informaram a existência de um integrante com hipertensão arterial, totalizando 587 hipertensos ou 17% dos moradores. Cerca de 3% das famílias informaram a existência de hipertensos sem qualquer acompanhamento. Noventa e três por cento dos portadores de hipertensão (544) estavam sob acompanhamento de saúde, a maior parte dos quais (70%) pela equipe de saúde da família (ESF) e 19%, em unidades de saúde privadas.

Tabela 5 – I1 Famílias com portadores de hipertensão arterial em tratamento ou sob acompanhamento de saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Acompanhamento ou tratamento	n	%
Sim, todos	366	40,7
Sim, alguns	72	8,0
Não	24	2,7
Não há hipertensos	438	48,7
Total	900	100,0

Observação: n = 900 famílias cadastradas no PSF entrevistadas

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Tabela 6 – IA Local de tratamento para hipertensão arterial, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Local de tratamento	n	%
Posto/Unidade de Saúde da Família do SUS	379	69,7
Consultório de clínica ou ambulatório de hospital privado	85	15,6
Ambulatório de hospital	32	5,9
Outro	18	3,3
Consultório particular	17	3,1
Posto ou Centro de Saúde SUS	2	0,4
Policlínica ou Posto de Assistência Médica (PAM) SUS	5	0,9
Agente Comunitário de Saúde	3	0,6
Pronto-socorro ou emergência públicos	3	0,6
Pronto-socorro ou emergência privados	0	0,0
Total	544	100,0

Observação: n = 544 moradores portadores de hipertensão arterial sob acompanhamento de saúde.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Os portadores de hipertensão arterial sob acompanhamento, em qualquer serviço de saúde, na maioria das vezes, tinham as consultas marcadas previamente (89%). Apenas 24% dos hipertensos eram acompanhados, no mínimo, uma vez por mês; as demais frequências de atendimento mais comuns eram a cada três meses (34%) e a cada seis meses (18%).

Tabela 7 – IC Frequência do tratamento ou acompanhamento de portadores de hipertensão arterial, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Frequência	n	%
A cada 3 meses	187	34,4
1 vez no mês	103	18,9
A cada 6 meses	97	17,8
A cada 2 meses	70	12,9
Outro	29	5,3
Uma vez por ano	24	4,4
De 15 em 15 dias	16	2,9
Todas as semanas	12	2,2
Um tempo maior que um ano	2	0,4
Nunca	2	0,4
Não Respondeu	2	0,4
Total	544	100,0

Observação: n = 544 moradores portadores de hipertensão arterial.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Os 382 hipertensos sob acompanhamento pela equipe de saúde da família (ESF) eram atendidos mais comumente pelo médico (82%) e pelo enfermeiro (13%).

Tabela 8 – ID Profissional da Equipe de Saúde da Família que atende mais frequentemente portadores de hipertensão arterial, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Profissional	n	%
Médico	311	81,4
Enfermeiro	50	13,1
Auxiliar de enfermagem	8	2,1
Agente Comunitário de Saúde	4	1,0
Outro	4	1,0
Não respondeu	5	1,3
Total	382	100,0

Observação: n = 382 moradores portadores de hipertensão arterial sob pela equipe de saúde da família.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

A avaliação do atendimento prestado pela ESF foi realizada apenas pelos informantes portadores de hipertensão arterial sob acompanhamento da equipe (256). Ao redor de 40% dos entrevistados hipertensos afirmaram receber orientações individuais da ESF a cada dois ou três meses e cerca de um terço informou receber esse tipo de orientação, no mínimo, uma vez por mês (34%). A maior parte (58%) nunca frequentou grupos de hipertensos coordenados pela ESF, nunca recebeu consulta de enfermagem (49%) e

nunca participou de atividades promovidas pela ESF, como caminhadas, terapias ocupacionais etc. (90%). Apenas 24% dos entrevistados participaram de atividades de grupo com frequência mínima trimestral.

Trinta e seis por cento dos hipertensos entrevistados informaram receber consulta de enfermagem mensalmente (16%) ou a cada dois ou três meses (20%). A maioria recebe mensalmente remédios (75%) e metade realiza consulta médica a cada dois ou três meses (50%) ou, no mínimo, uma vez por mês (18%).

Verifica-se, portanto, que o acompanhamento realizado pela ESF dos portadores de hipertensão arterial em Belo Horizonte caracteriza-se por: fornecer orientações individuais pelo menos a cada três meses; fornecer mensalmente os medicamentos; e, ofertar consultas médicas trimestralmente. Nessa cidade, no caso dos hipertensos, não parecem ser priorizadas: a participação em grupos, as consultas de enfermagem e a realização de atividades de promoção de saúde.

Tabela 9 – I2 - I7 Atendimento prestado pela Equipe de Saúde da Família aos informantes portadores de hipertensão arterial, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Tipo de atividade	No mínimo uma vez por mês		A cada 2 ou 3 meses		A cada 6 meses		Uma vez por ano		Um tempo maior que um ano		Nunca		Outros		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Frequência de orientações individuais dadas por profissionais da ESF	88	34,4	102	39,8	28	10,9	6	2,3	3	1,2	22	8,6	6	2,3	1	,4	256	100,0
Frequência de participação de grupos de hipertensos coordenados pelos profissionais da ESF	22	8,6	40	15,6	17	6,6	14	5,5	9	3,5	148	57,8	6	2,3	-	-	256	100,0
Frequência de fornecimento de remédios pela ESF	192	75,0	40	15,6	4	1,6	-	-	1	,4	18	7,0	-	-	1	,4	256	100,0
Frequência de consultas médicas da ESF	46	18,0	128	50,0	45	17,6	11	4,3	3	1,2	13	5,1	8	3,1	2	,8	256	100,0
Frequência de consultas de enfermagem da ESF	42	16,4	53	20,7	16	6,3	8	3,1	1	,4	125	48,8	8	3,1	3	1,2	256	100,0
Frequência de participação em atividades promovidas pelos profissionais da ESF como caminhadas e terapias ocupacionais	5	2,0	9	3,5	3	1,2	1	,4	4	1,6	229	89,5	2	,8	3	1,2	256	100,0

Observação: n = 256 entrevistados portadores de hipertensão arterial sob acompanhamento da equipe de saúde da família.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

4. ACOMPANHAMENTO DE PORTADORES DE DIABETES

A prevalência de diabetes entre as famílias pesquisadas em Belo Horizonte é muito inferior à da hipertensão arterial: 136 famílias (15% das pesquisadas) confirmaram a existência de um integrante com a doença, totalizando 154 (4%) moradores diabéticos. Sete famílias informaram a existência de diabéticos sem qualquer acompanhamento.

Tabela 10 – J1 Famílias com portadores de diabetes em tratamento ou sob acompanhamento de saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Acompanhamento ou tratamento	n	%
Sim, todos	103	11,4
Sim, alguns	26	2,9
Não	7	0,8
Não há diabéticos	764	84,9
Total	900	100,0

Observação: n = 900 famílias cadastradas no PSF entrevistadas.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Noventa e três por cento dos diabéticos encontravam-se sob acompanhamento de saúde. Dentre estes, sessenta por cento (85) dos 144 portadores de diabetes em tratamento eram acompanhados pela ESF e 27%, em unidades de saúde privadas.

Tabela 11 – JA Local de tratamento para diabetes, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Local de tratamento	n	%
Posto/Unidade de Saúde da Família do SUS	85	59,0
Consultório de clínica ou ambulatório de hospital privado	32	22,2
Ambulatório de hospital	9	6,3
Consultório particular	7	4,9
Posto ou Centro de Saúde SUS	6	4,2
Outro	4	2,8
Policlínica ou PAM (Posto de Assistência Médica) SUS	1	0,7
Agente Comunitário de Saúde	-	-
Pronto-socorro ou emergência públicos	-	-
Pronto-socorro ou emergência privados	-	-
Total	144	100,0

Observação: n = 144 moradores portadores de diabetes sob acompanhamento.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

O acompanhamento dos portadores de diabetes, em qualquer serviço de saúde, era realizado com agendamento das consultas (89%). A maior parte (38%) era atendida a cada três meses, 25% eram acompanhados no mínimo uma vez por mês e 15% em intervalos superiores a seis meses.

Tabela 12 – JC Frequência do tratamento ou acompanhamento de portadores de diabetes, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Frequência	n	%
Todas as semanas	1	0,7
De 15 em 15 dias	4	2,8
1 vez no mês	31	21,5
A cada 2 meses	18	12,5
A cada 3 meses	55	38,2
A cada 6 meses	19	13,2
Uma vez por ano	2	1,4
Um tempo maior que um ano	1	0,7
Nunca	1	0,7
Outro	10	6,9
Não respondeu	2	1,4
Total	144	100,0

Observação: n = 144 moradores portadores de diabetes sob acompanhamento.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Os 85 diabéticos sob acompanhamento pela ESF eram atendidos mais frequentemente pelo médico (87%) e pelo enfermeiro (12%).

Tabela 13 – JD Profissional da Equipe de Saúde da Família que atende mais frequentemente portadores de diabetes, Belo Horizonte (MG), 2008

Profissional	n	%
Médico	74	87,1
Enfermeiro	10	11,8
Auxiliar de enfermagem	-	-
Agente Comunitário de Saúde	-	-
Dentista	-	-
Outro	1	1,2
Total	85	100,0

Observação: n = 85 portadores de diabetes sob acompanhamento pela equipe de saúde da família.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

A avaliação do atendimento prestado pela ESF foi realizada apenas pelos informantes portadores de diabetes sob acompanhamento da equipe (70). A maioria informou receber da ESF orientações individuais, no mínimo, mensalmente (41%) e a cada 2 ou 3 meses (39%). Mais da metade (54%) nunca integraram grupos de hipertensos coordenados pela ESF. Apenas 23% dos diabéticos participavam de atividades de grupo com intervalos de até três meses. Os medicamentos são fornecidos pela ESF, no mínimo, uma vez por mês a 73% dos diabéticos entrevistados. As consultas médicas são realizadas a cada dois ou três meses (53%) e, no mínimo, mensalmente em 26% dos casos. Em relação às consultas de enfermagem aos diabéticos entrevistados sob

acompanhamento da equipe de saúde da família verifica-se a existência de dois grupos de frequência: enquanto 44% nunca receberam esse tipo de consulta, 39% receberam, no mínimo, uma vez por mês (20%) ou a cada dois ou três meses (19%). A maioria (86%) dos entrevistados portadores de diabetes nunca participou de atividades promovidas pela ESF, como caminhadas, terapias ocupacionais etc.

O acompanhamento dos portadores de diabetes realizado pela ESF em Belo Horizonte concentra-se na oferta trimestral de orientações individuais e de consultas médicas, assim como no fornecimento mensal de medicamentos. Entretanto, é baixa a participação dos diabéticos em atividades de grupo, a obtenção de consultas de enfermagem e a participação em atividades de promoção de saúde.

Tabela 14 – J2 - J7 Atendimento prestado pela Equipe de Saúde da Família aos portadores de diabetes, Belo Horizonte (MG), 2008

Atividades	No mínimo		A cada 2		A cada 6		Uma vez		Um tempo		Nunca		Outro		Não		Total	
	1 vez por		ou 3 meses		meses		por ano		maior que						Respondeu			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Frequência de orientações individuais dadas por profissionais da ESF	29	41,4	27	38,6	5	7,1	0	,0	0	,0	4	5,7	2	2,9	3	4,3	70	100,0
Frequência de participação de grupos de diabéticos coordenados por profissionais da ESF	9	12,9	7	10,0	3	4,3	5	7,1	1	1,4	38	54,3	4	5,7	3	4,3	70	100,0
Frequência de fornecimento de remédios pela ESF	51	72,9	12	17,1	0	,0	0	,0	0	,0	4	5,7	0	,0	3	4,3	70	100,0
Frequência de consultas médicas da ESF	18	25,7	37	52,9	6	8,6	1	1,4	1	1,4	2	2,9	2	2,9	3	4,3	70	100,0
Frequência de consultas de enfermagem da ESF	14	20,0	13	18,6	3	4,3	1	1,4	1	1,4	31	44,3	4	5,7	3	4,3	70	100,0
Frequência de participação em atividades promovidas pelos profissionais da ESF como caminhadas e terapias ocupacionais	4	5,7	1	1,4	0	,0	0	,0	0	,0	60	85,7	2	2,9	3	4,3	70	100,0

Observação: n = 70 entrevistados portadores de diabetes sob acompanhamento da equipe de Saúde da Família.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

5. ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

A atividade de acompanhamento pré-natal foi pesquisada entre as 83 mulheres grávidas no momento da pesquisa ou entre mães de crianças menores de 2 anos, integrantes de 80 (9%) das famílias cadastradas pesquisadas em Belo Horizonte. Todas as grávidas realizavam ou tinham realizado o acompanhamento pré-natal, 98% delas receberam o cartão de acompanhamento pré-natal e a maior parte (80%) iniciou o acompanhamento no primeiro trimestre.

Tabela 15 – M1 Famílias com integrantes grávidas ou mães de menores de 2 anos, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Grávidas ou mães de menor de 2 anos	n	%
Sim	80	8,9
Não	820	91,1
Total	900	100,0

Observação: n = 900 famílias cadastradas no PSF entrevistadas.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Tabela 16 – M4.1 Mês de gestação em que iniciou o acompanhamento pré-natal, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Trimestre de início do acompanhamento pré-natal	n	%
1º trimestre	66	79,5
2º trimestre	10	12,0
3º trimestre	2	2,4
Não respondeu	5	6,0
Total	83	100,0

Observação: n = 83 grávidas ou com filho menor de 2 anos com acompanhamento pré-natal.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Cerca de 70% das gestantes pesquisadas realizavam ou tinham realizado o acompanhamento pré-natal com a ESF enquanto 19%, em unidades de saúde privadas. As consultas eram, em 97% dos casos, previamente marcadas e o acompanhamento feito, no mínimo, mensalmente (96%).

Tabela 17 – M5 Local do acompanhamento pré-natal, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Local de acompanhamento	n	%
Posto/Unidade de Saúde da Família do SUS	57	68,7
Posto ou Centro de Saúde SUS	1	1,2
Ambulatório de hospital	7	8,4
Consultório de clínica ou ambulatório de hospital privado	11	13,3
Consultório particular	5	6,0
Outro	1	1,2
Não respondeu	1	1,2
Total	83	100,0

Observação: n = 83 grávidas ou com filho menor de 2 anos com acompanhamento pré-natal.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

O acompanhamento pré-natal das 57 gestantes atendidas no Posto ou Unidade de Saúde da Família (USF) era ou havia sido realizado pelo médico (79%) e pelo enfermeiro (14%).

Tabela 18 – M7 Frequência do acompanhamento pré-natal acompanhamento pré-natal, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Frequência	n	%
Todas as semanas	3	3,6
De 15 em 15 dias	5	6,0
1 vez no mês	71	85,5
A cada 2 meses	3	3,6
Não respondeu	1	1,2
Total	83	100,0

Observação: n = 83 grávidas ou com filho menor de 2 anos com acompanhamento pré-natal.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Tabela 19 – M8 Profissional da ESF que realiza o acompanhamento do pré-natal, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Profissional	n	%
Médico	45	78,9
Enfermeiro	8	14,0
Auxiliar de enfermagem	-	-
Agente Comunitário de Saúde	-	-
Dentista	-	-
Outro	2	3,5
Não respondeu	2	3,5
Total	57	100,0

Observação: n = 57 grávidas ou com filho menor de 2 anos que realiza ou realizou acompanhamento pré-natal no Posto ou Unidade de Saúde da Família.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

A avaliação do atendimento prestado pela ESF no acompanhamento pré-natal foi feita apenas por informantes grávidas ou mães de criança menor de dois anos de idade, as quais totalizaram 47 entrevistadas. Elas informaram receber orientações individuais, no mínimo, mensais (92%); nunca terem participado de grupos de gestantes orientados pela ESF (89%); receberem medicamentos mensalmente (67%) e a cada dois ou três meses (7%); terem consultas médicas, no mínimo, uma vez por mês (79%) e a cada dois ou três meses (17%).

Quanto à consulta de enfermagem foram observados dois grupos de frequência: 40% informaram receber, no mínimo, uma vez por mês e 38% afirmaram nunca ter recebido esse tipo de consulta. A grande maioria (96%) afirmou nunca ter participado de atividades promovidas pela ESF, tais como caminhadas, terapias ocupacionais etc. nem de atividades de grupo (89%). O acompanhamento pré-natal realizado pelas ESF em Belo Horizonte tem frequência média mensal, ofertando a altos percentuais de gestantes todas as atividades de atenção à saúde individual (consulta médica, orientações e fornecimento de medicamentos). No entanto, não oferece com frequência atividades coletivas, como grupos de gestantes e outras atividades de promoção à saúde e sociais, além de a cobertura de consultas de enfermagem ser baixa (40%).

Tabela 20 – M9 - M14 Atendimento prestado pela Equipe de Saúde da Família durante a gravidez, Belo Horizonte (MG), 2008

Tipo de atividade	No mínimo 1 vez		A cada 2 ou 3		A cada 6 meses		1 vez por ano		Nunca		Outros		Total	
	por mês		meses		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	n	%	N	%										
Frequência das orientações individuais dadas pela ESF	43	91,5	1	2,1	-	-	-	-	3	6,4	-	-	47	100,0
Frequência de participação em grupos de gestantes orientados pela ESF	3	6,4	2	4,3	-	-	-	-	42	89,4	-	-	47	100,0
Frequência que recebe ou recebeu remédios fornecidos pela ESF	31	67,4	3	6,5	1	2,2	-	-	11	23,9	-	-	46	100,0
Frequência das consultas médicas	37	78,7	8	17,0	-	-	-	-	2	4,3	-	-	47	100,0
Frequência das consultas de enfermagem	19	40,4	6	12,8	1	2,1	2	4,3	18	38,3	1	2,1	47	100,0
Frequência de participação em atividades promovidas pela ESF como caminhadas, terapias ocupacionais e etc.	1	2,2	1	2,2	-	-	-	-	44	95,7	-	-	46	100,0

Observação: n = 47 entrevistadas grávidas ou com filho menor de 2 anos que realiza ou realizou acompanhamento pré-natal com a equipe de Saúde da Família.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

6. ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Em apenas 67 famílias pesquisadas em Belo Horizonte (7%) existiam crianças menores de 2 anos, mas as crianças não tinham qualquer acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento em treze dessas famílias (28%). As 57 crianças nessa faixa etária com acompanhamento o realizavam predominantemente no Posto ou Unidade de Saúde da Família (79%) e ao redor de 15% eram atendidos em unidades de saúde particulares.

Tabela 21 – N1 Famílias com criança menor de 2 anos sob acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, Belo Horizonte (MG), Estratégia Saúde da Família, 2008

Acompanhamento	n	%
Sim, todas	46	5,1
Sim, algumas	8	,9
Não	13	1,4
Não há crianças menores de dois anos	833	92,6
Total	900	100,0

Observação: n = 900 famílias cadastradas no PSF entrevistadas.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Tabela 22 – N3 Local do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Local de acompanhamento	n	%
Posto/Unidade de Saúde da Família do SUS	45	78,9
Posto ou Centro de Saúde SUS	1	1,8
Ambulatório de hospital	1	1,8
Consultório de clínica ou ambulatório de hospital privado	6	10,5
Consultório particular	3	5,3
Outro	1	1,8
Total	57	100,0

Observação: n = 57 crianças menor de 2 anos sob acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

O acompanhamento era realizado com agendamento de consulta (100%), com frequência mínima mensal em 72% dessas crianças e, a cada dois meses, em 18% delas.

Tabela 23 – N5 Frequência do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Frequência	n	%
Todas as semanas	0	0,0
De 15 em 15 dias	0	0,0
Uma vez no mês	41	71,9
A cada 2 meses	10	17,5
A cada 3 meses	0	0,0
A cada 6 meses	3	5,3
Uma vez por ano	1	1,8
Um tempo maior que um ano	0	0,0
Nunca	0	0,0
Outro	2	3,5
Total	57	100,0

Observação: n = 57 crianças menor de 2 anos sob acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

As 45 crianças acompanhadas pela ESF eram atendidas pelo médico (49%) e por outros profissionais não especificados (49%). Noventa e seis por cento dessas crianças tinham o cartão de vacinação e de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

7. ACOMPANHAMENTO DE IDOSOS OU DOENTES PERMANENTEMENTE ACAMADOS

Entre as 900 famílias pesquisadas em Belo Horizonte, 41 (5%) informaram a existência de idoso ou doente permanentemente acamado. Destas, apenas um terço (14) recebia atendimento domiciliar feito por diversos profissionais da equipe de saúde da família: médico (64%), enfermeiro (64%), ACS (57%) e auxiliar de enfermagem (29%). Em duas famílias, o atendimento era realizado também pelo fisioterapeuta e, pelo menos, uma família mencionou médico, enfermeira e nutricionista particulares ou de plano privado de saúde como responsáveis pelo atendimento domiciliar.

Tabela 24 – L1 Famílias com idosos ou doentes permanentemente acamados, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Acamados	n	%
Sim	41	4,6
Não	854	94,9
Não respondeu	5	,6
Total	900	100,0

Observação: n = 900 famílias cadastradas no PSF entrevistadas

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Tabela 25 – L2 Famílias com idosos ou doentes permanentemente acamados que recebem atendimento domiciliar, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Acamados com atendimento domiciliar	n	%
Sim	14	34,1
Não	21	51,2
Não respondeu	6	14,6
Total	41	100,0

Observação: n = 41 famílias com idosos ou doentes permanentemente acamados.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Tabela 26 – L3 Profissional da Equipe de Saúde da Família que realiza o atendimento domiciliar, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Profissional	n	%
Médico da Saúde da Família	9	64,3
Enfermeiro da Saúde da Família	9	64,3
Auxiliar de enfermagem da Saúde da Família	4	28,6
Agente comunitário de saúde	8	57,1
Fisioterapeuta	2	14,3
Enfermeira do plano privado	1	7,1
Médico particular	1	7,1
Nutricionista	1	7,1

Observação: n = 14 famílias com idosos ou doentes permanentemente acamados e que recebem atendimento domiciliar.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

A maior parte dos idosos e doentes permanentemente acamados acompanhados (57%) recebia atendimento domiciliar com frequência mínima mensal. Ou seja, um quinto (19%) dos acamados recebia atendimento domiciliar mensal.

Tabela 27 – L4 Frequência do atendimento domiciliar, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Frequência	n	%
Todas as semanas	3	21,4
Uma vez no mês	5	35,7
A cada 2 meses	1	7,1
A cada 3 meses	1	7,1
Não respondeu	4	28,6
Total	14	100,0

Observação: n = 14 famílias com idosos ou doentes permanentemente acamados e que recebem atendimento domiciliar.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

8. SÍNTESE DOS ACOMPANHAMENTOS

Em Belo Horizonte, mais de 85% e até 100% das situações de vida e das condições de saúde pesquisadas são acompanhados por algum serviço ou profissional de saúde. No caso de idosos ou doentes permanentemente acamados, esse percentual é pouco maior que um terço. As equipes de saúde da família são responsáveis pelo acompanhamento de 60% dos portadores de diabetes, 69% dos hipertensos e das gestantes e 79% das crianças menores de 2 anos.

Tabela 28 – Famílias, portadores e entrevistados segundo agravos e condições de saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Agravos ou condições de saúde	Famílias com portadores		Portadores		Portadores sob acompanhamento		Portadores sob acompanhamento da ESF	
	n	% ^a	n	% ^b	n	% ^c	n	% ^d
Hipertensão arterial	462	51,4	587	16,9	544	92,7	379	69,7
Diabetes	136	15,1	154	4,4	144	93,5	85	59,0
Grávidas e mães de menor de 2 anos	83	9,2	83	-	83	100,0	57	68,7
Menores de 2 anos	67	7,4	67	-	57	85,1	45	78,9
Idosos ou doentes acamados	41	4,6	-	-	14	34,1	-	-

Observação: (a) percentual sobre o total de famílias pesquisadas (900); (b) percentual sobre o total de moradores pesquisados (3474); (c) percentual sobre o total de portadores; (d) percentual sobre o total de portadores acompanhados.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

O Posto ou Unidade de Saúde da Família (USF) do SUS é o local de acompanhamento ou tratamento de 59% dos diabéticos, 69% das gestantes, 70% dos hipertensos e 79% das crianças com até 2 anos de idade e que estão em acompanhamento. Ressalte-se a existência de 43 hipertensos (7%), 10 diabéticos (7%) e 28% das famílias com crianças menores de 2 anos em que estas estavam sem acompanhamento.

Dentre o conjunto de pessoas que estava sob acompanhamento por determinada condição de saúde ou de vida, os serviços privados (consultório de clínica ou ambulatório de hospital privado e consultório privado) foram assinalados como locais de acompanhamento de 19% dos portadores de hipertensão arterial, 27% dos portadores de diabetes, 19% das gestantes e 16% das crianças até 2 anos de idade.

Tabela 29 – Local de acompanhamento para diversas situações de saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Local de tratamento	Hipertensos		Diabéticos		Gestantes		Crianças <2 anos	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Agente Comunitário de Saúde	3	0,6	-	-	-	-	-	-
Posto/Unidade de Saúde da Família do SUS	379	69,7	85	59,0	57	68,7	45	78,9
Posto ou Centro de Saúde SUS	2	0,4	6	4,2	1	1,2	1	1,8
Policlínica ou PAM (Posto de Assistência Médica) SUS	5	0,9	1	0,7	-	-	-	-
Ambulatório de hospital	32	5,9	9	6,3	7	8,4	1	1,8
Consultório de clínica ou ambulatório de hospital privado	85	15,6	32	22,2	11	13,3	6	10,5
Pronto-socorro ou emergência públicos	3	0,6	-	-	-	-	-	-
Pronto-socorro ou emergência privados	0	0,0	-	-	-	-	-	-
Consultório particular	17	3,1	7	4,9	5	6,0	3	5,3
Outro	18	3,3	4	2,8	2	2,4	1	1,8
Total	544	100,0	144	100,0	82	100,0	62	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Para todos os grupos pesquisados – portadores de patologias e em determinadas condições de vida como gestantes e crianças menores de 2 anos –, em 89% dos casos ou mais as consultas são feitas com agendamento prévio. Os hipertensos (82%), diabéticos (87%) e gestantes (79%) são acompanhados pelo médico da ESF, enquanto apenas metade das crianças menores de 2 anos é acompanhada por esse tipo de profissional.

Em Belo Horizonte, apenas o grupo de gestantes é acompanhado por qualquer serviço ou profissional de saúde com frequência mínima mensal, frequência essa de acompanhamento ofertada para 72% das crianças com até 2 anos de idade e para apenas um quarto dos hipertensos e diabéticos.

O acompanhamento feito pela ESF com frequência mínima mensal está concentrado na distribuição de medicamentos (75% dos hipertensos e 73% dos diabéticos) e em orientações individuais (34% dos hipertensos e 41% dos diabéticos). O grupo das gestantes acompanhado pela ESF recebe, pelo menos uma vez por mês, orientações individuais (92%), medicamentos (67%) e consulta médica (79%).

Em todas as condições de saúde e de vida pesquisadas é reduzida a oferta de atividades em grupo (entre 10 e 24% dos entrevistados na condição pesquisada afirmaram

participar com frequência até a cada três meses desse tipo de atividade), e atividades de promoção de saúde e sociais (resposta afirmativa de 4 a 7% dos entrevistados na condição pesquisada).

Tabela 30 – Atividades realizadas em diversas condições de saúde e situações de vida, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Atividades	Hipertensos		Diabéticos		Gestantes		Crianças < 2 anos	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Agendamento de consulta	483	88,8	128	88,9	80	96,4	57	100,0
Acompanhamento realizado por médico da ESF	311 ^a	81,4	74 ^c	87,1	45 ^e	78,9	22 ^g	48,9
Frequência mínima mensal								
Acompanhamento de saúde	131	24,0 ^m	36	25,0 ⁿ	83	100,0	41	71,9 ^o
Orientações individuais pela ESF	88 ^b	34,4	29 ^d	41,4	43 ^f	91,5		
Recebimento de medicamentos	192 ^b	75,0	51 ^d	72,9	31 ^f	67,4		
Consulta médica	46 ^b	18,0	18 ^d	25,7	37 ^f	78,7		
Consulta de enfermagem	42 ^b	16,4	14 ^d	20,0	19 ^f	40,4		
Frequência até trimestral								
Participação em grupos	66 ^b	24,2	16 ^d	22,9	5 ^f	10,7		
Participação em atividades de promoção de saúde e sociais	14 ^b	5,5	5 ^d	7,1	2 ^f	4,4		

Observações: (a) n= 382 portadores de hipertensão arterial sob acompanhamento pela ESF; (b) n= 256 entrevistados portadores de hipertensão arterial sob acompanhamento pela ESF; (m) percentual sobre o total de portadores de hipertensão sob acompanhamento (544); (c) n= 85 portadores de diabetes sob acompanhamento pela ESF; (n) percentual sobre o total de diabéticos sob acompanhamento (144); (d) n= 70 entrevistados portadores de diabetes sob acompanhamento pela ESF; (e) n= 57 grávidas ou mães de criança menor de 2 anos sob acompanhamento pela ESF; (f) n= 47 entrevistadas grávidas ou mães de criança menor de 2 anos sob acompanhamento pela ESF; (g) n=45 crianças menores de 2 anos sob acompanhamento de crescimento e desenvolvimento no Posto/Unidade de Saúde da Família; (o) percentual sobre o total de crianças menores de 2 anos sob acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

XIV. AVALIAÇÃO DAS FAMÍLIAS

Para conhecer a avaliação das famílias cadastradas sobre suas experiências de atendimento e de atuação das equipes de saúde da família (ESFs) foram investigados aspectos da satisfação dos usuários em cuidado recente (nos últimos 30 dias) e em experiências de atendimento nos últimos 12 meses em relação ao acesso, ao respeito, à resolutividade, à disponibilidade de medicamentos e de equipamentos, às condições de infraestrutura e de alguns serviços utilizados.

A atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) de sua área de moradia foi avaliada quanto ao conhecimento dos problemas, ao relacionamento, à comunicação e à avaliação geral das visitas domiciliares.

Solicitou-se também que as famílias apontassem as mudanças percebidas após a implantação da Estratégia Saúde da Família e que comparassem a atuação das equipes de saúde da família com os serviços de saúde anteriormente existentes em seu bairro.

Ao final da entrevista indagou-se o grau de satisfação com a Estratégia Saúde da Família, pediu-se que os usuários opinassem livremente quanto a queixas e a aspectos positivos e que dessem suas principais sugestões.

1. AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO DO PROFISSIONAL DA ESF NOS ÚLTIMOS 30 DIAS

Cerca de 30% dos entrevistados foram atendidos pela equipe de saúde da família nos 30 dias anteriores à pesquisa. Foi solicitado aos 267 entrevistados atendidos que avaliassem o último atendimento prestado pelos profissionais. Dois terços (77%) dos entrevistados conheciam anteriormente o profissional de saúde que lhes prestara o último atendimento e 97% o consideraram atencioso. Esse profissional forneceu informações sobre o estado de saúde para 88% dos entrevistados e 90% destes avaliaram que o profissional demonstrara ter conhecimento para resolver o seu problema de saúde.

Tabela 1 – E15, E16, E17, E18 Avaliação do entrevistado sobre atendimento recebido nos últimos 30 dias, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Aspecto	n	%
Conhecimento anterior do profissional		
Sim	205	76,8
Não	60	22,5
Não respondeu	2	,7
Total	267	100,0
Profissional foi atencioso		
Sim	259	97,0
Não	6	2,2
Não respondeu	2	,7
Total	267	100,0
Profissional forneceu informações sobre o estado de saúde		
Sim	236	88,4
Não	28	10,5
Não respondeu	3	1,1
Total	267	100,0
Profissional demonstrou conhecimento para resolver problema de saúde		
Sim	241	90,3
Não	21	7,9
Não respondeu	5	1,9
Total	267	100,0

Observação: n = 267 entrevistados que receberam atendimento por profissional da ESF nos últimos 30 dias.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

2. AVALIAÇÃO DAS FAMÍLIAS SOBRE O ACS DE SUA ÁREA

A maior parte das famílias entrevistadas (70%) conhecia o Agente Comunitário de Saúde (ACS) da sua área de moradia e avaliou positivamente suas atividades. Entre essas 631 famílias entrevistadas, 78% opinaram que os ACSs têm conhecimento dos problemas de saúde da sua família; 70%, que eles sabem quais são os problemas de saúde da comunidade; 95%, que estabelecem bom relacionamento com as pessoas acompanhadas; e 82%, que orientam a respeito de cuidados de saúde.

Tabela 2 – G4 Avaliação do Agente Comunitário de Saúde pelas famílias, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Avaliação do ACS	Sim		Não		Não sabe		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Conhece os problemas de saúde da família	491	77,8	100	15,8	40	6,3	631	100,0
Conhece os problemas de saúde da comunidade	444	70,4	42	6,7	145	23,0	631	100,0
Estabelece um bom relacionamento com as pessoas que são acompanhadas por ele	602	95,4	9	1,4	20	3,2	631	100,0
Orienta a respeito de cuidados de saúde	516	81,8	90	14,3	25	4,0	631	100,0

Observação: n = 631 entrevistados que conhecem o Agente Comunitário de Saúde da área de moradia.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Foi solicitado aos 631 entrevistados que informassem sobre a qualidade da comunicação no atendimento prestado pelo Agente Comunitário de Saúde da área de moradia. A maioria das famílias entrevistadas (83%) compreende as orientações dadas pelos ACSs e 15% nunca as receberam.

Tabela 3 – G5 Compreensão das orientações dadas pelo Agente Comunitário de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Compreensão orientações ACS	n	%
Sim	524	83,0
Não	10	1,6
Nunca recebeu orientações do Agente Comunitário de Saúde	94	14,9
Não respondeu	3	,5
Total	631	100,0

Observação: n = 631 entrevistados que informaram ter sido atendidos ou visitados pelo Agente Comunitário de Saúde da área de moradia.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

As visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde são bem avaliadas pelos usuários: 84% das famílias entrevistadas as avaliam como muito boas ou boas, 9%, como regulares e 4% das famílias as avaliam como ruim ou muito ruim.

Tabela 4 – G7 Avaliação das visitas domiciliares do Agente Comunitário de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Avaliação visita domiciliar do ACS	n	%
0 - 2 Muito ruim	14	2,2
3 - 4 Ruim	14	2,2
5 - 6 Regular	55	8,7
7 - 8 Boa	122	19,3
9 -10 Muito boa	409	64,8
Não respondeu	17	2,7
Total	631	100,0

Observação: n = 631 entrevistados que informaram ter sido atendidos ou visitados pelo Agente Comunitário de Saúde da área de moradia.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

3. AVALIAÇÃO DO ÚLTIMO ATENDIMENTO NOS ÚLTIMOS 12 MESES

Nos 12 meses anteriores à pesquisa, 68% dos entrevistados (484) foram atendidos no Posto/Unidade de Saúde da Família. Perguntou-se a estas famílias sua avaliação sobre o último atendimento nos últimos 12 meses no Posto/Unidade de Saúde da Família. A grande maioria das famílias considera a clareza nas explicações do profissional de saúde muito boa ou boa (93%), a sua competência e habilidade (89%), o respeito na maneira de receber o paciente e de tratá-lo (87%). O aspecto pior avaliado foi o da espera: 48% julgaram ruim ou muito ruim o tempo de espera até ser atendido e 28%, ruim ou muito ruim a pontualidade dos profissionais. Um quarto dos entrevistados considerou o espaço disponível das salas de espera e de atendimento como ruim ou muito ruim.

Tabela 5 – G13 Avaliação das famílias sobre o último atendimento nos últimos 12 meses no Posto/Unidade de Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Avaliação das famílias	Muito Bom		Bom		Ruim		Muito Ruim		Não sabe		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A competência e a habilidade do profissional de saúde	141	29,1	288	59,5	46	9,5	6	1,2	2	,4	1	,2	484	100,0
A disponibilidade de equipamentos médicos	58	12,0	293	60,5	63	13,0	25	5,2	32	6,6	13	2,7	484	100,0
O tempo de espera até ser atendido	46	9,5	206	42,6	158	32,6	72	14,9	-	-	2	,4	484	100,0
O respeito na maneira de recebê-lo (a) e tratá-lo (a)	128	26,4	295	61,0	47	9,7	13	2,7	-	-	1	,2	484	100,0
A maneira como a sua intimidade foi respeitada durante o exame físico	131	27,1	310	64,0	7	1,4	2	,4	10	2,1	24	5,0	484	100,0
A clareza nas explicações do profissional de saúde	133	27,5	312	64,5	27	5,6	5	1,0	1	,2	6	1,2	484	100,0
A disponibilidade de tempo para fazer perguntas sobre o seu problema ou tratamento	112	23,1	308	63,6	41	8,5	7	1,4	4	,8	12	2,5	484	100,0
A possibilidade de falar em privacidade com o profissional de saúde	120	24,8	308	63,6	30	6,2	6	1,2	7	1,4	13	2,7	484	100,0
A limpeza das instalações, incluindo os banheiros	107	22,1	304	62,8	52	10,7	9	1,9	10	2,1	2	,4	484	100,0
O espaço disponível das salas de espera e de atendimento	71	14,7	290	59,9	93	19,2	25	5,2	2	,4	3	,6	484	100,0
A pontualidade dos profissionais	72	14,9	260	53,7	112	23,1	22	4,5	14	2,9	4	,8	484	100,0
A cortesia e o carinho do pessoal médico	150	31,0	285	58,9	22	4,5	7	1,4	6	1,2	14	2,9	484	100,0
A cortesia e o carinho do pessoal de enfermagem	131	27,1	291	60,1	35	7,2	9	1,9	7	1,4	11	2,3	484	100,0
A cortesia e o carinho do pessoal administrativo	85	17,6	273	56,4	63	13,0	15	3,1	18	3,7	30	6,2	484	100,0
A preocupação do pessoal do Posto/Unidade de Saúde da Família com a sua saúde	87	18,0	287	59,3	57	11,8	29	6,0	20	4,1	4	,8	484	100,0

Observação: n = 484 entrevistados atendidos no Posto/Unidade de Saúde da Família nos últimos 12 meses.

Nota: Lista de critérios para avaliação elaborada com base no questionário da Pesquisa Mundial de Saúde PMS – Atenção Básica (Fiocruz, 2005).

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Uma lista de serviços foi apresentada aos entrevistados, solicitando-se que, aqueles que tinham alguma experiência de atendimento na USF ao longo dos últimos 12 meses, avaliassem apenas os serviços que já tinham utilizado. Destaca-se que mais de 70% dos entrevistados informaram não ter utilizado acompanhamento pré-natal, planejamento familiar, acompanhamento de crescimento e desenvolvimento de crianças e curativo na USF, assim como em torno da metade (50%) não utiliza atendimento odontológico.

Dos entrevistados que utilizaram serviços ou atividades nas Unidades de Saúde da Família, mais de 90% consideram bom ou muito bom o atendimento médico, o atendimento de enfermagem, os serviços de laboratório, a vacinação e o preventivo. Já 57% das famílias, avaliaram como ruim ou muito ruim conseguir consulta sem marcar, 39% julgaram ruim ou muito ruim conseguir marcar consulta com dentista e 35% consideram ruim ou muito ruim conseguir marcar consulta médica, ainda que 65% tenham avaliado este aspecto positivamente.

Tabela 6 – G14 Avaliação pelas famílias da qualidade de serviços e atividades nas Unidades de Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Serviços e atividades	Muito bom		Bom		Ruim		Muito Ruim		Não utilizou		Não sabe		Não Respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Recepção	58	12,0	323	66,7	71	14,7	22	4,5	7	1,4	3	,6	-	-	484	100,0
Triagem/acolhimento	62	12,8	300	62,0	63	13,0	17	3,5	35	7,2	7	1,4	-	-	484	100,0
Conseguir marcar consulta médica	52	10,7	258	53,3	126	26,0	39	8,1	9	1,9	-	-	-	-	484	100,0
Atendimento médico	142	29,3	299	61,8	24	5,0	6	1,2	13	2,7	-	-	-	-	484	100,0
Conseguir marcar consulta com o dentista	36	7,4	102	21,1	45	9,3	44	9,1	253	52,3	3	,6	1	,2	484	100,0
Atendimento odontológico	52	10,7	109	22,5	24	5,0	19	3,9	271	56,0	9	1,9	-	-	484	100,0
Atendimento de enfermagem	90	18,6	326	67,4	43	8,9	5	1,0	19	3,9	1	,2	-	-	484	100,0
Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças	37	7,6	86	17,8	7	1,4	3	,6	328	67,8	23	4,8	-	-	484	100,0
Curativos	26	5,4	100	20,7	7	1,4	5	1,0	341	70,5	5	1,0	-	-	484	100,0
Encaminhamento para outros serviços	43	8,9	271	56,0	57	11,8	29	6,0	76	15,7	7	1,4	1	,2	484	100,0
Conseguir consulta sem estar marcado	28	5,8	135	27,9	113	23,3	109	22,5	95	19,6	4	,8	-	-	484	100,0
Laboratório	46	9,5	324	66,9	30	6,2	6	1,2	73	15,1	5	1,0	-	-	484	100,0
Planejamento familiar	33	6,8	63	13,0	4	,8	1	,2	371	76,7	12	2,5	-	-	484	100,0
Acompanhamento pré-natal	31	6,4	61	12,6	3	,6	-	-	373	77,1	16	3,3	-	-	484	100,0
Exame preventivo para mulheres	56	11,6	222	45,9	12	2,5	10	2,1	175	36,2	9	1,9	-	-	484	100,0
Vacinação	91	18,8	310	64,0	2	,4	1	,2	77	15,9	2	,4	1	,2	484	100,0

Observação: n = 484 Famílias avaliaram a qualidade de serviços e atividades utilizados nas USF.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Tabela 7 – G14.1 Avaliação pelas famílias que utilizaram da qualidade de serviços e atividades nas Unidades de Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Serviço/atividade	Muito bom		Bom		Ruim		Muito Ruim		Não sabe		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n*	%
Recepção	58	12,2	323	67,7	71	14,9	22	4,6	3	0,6	-	-	477	100,0
Triagem/acolhimento	62	13,8	300	66,8	63	14,0	17	3,8	7	1,6	-	-	449	100,0
Conseguir marcar consulta médica	52	10,9	258	54,3	126	26,5	39	8,2	-	-	-	-	475	100,0
Atendimento médico	142	30,1	299	63,5	24	5,1	6	1,3	-	-	-	-	471	100,0
Conseguir marcar consulta com o dentista	36	15,6	102	44,2	45	19,5	44	19,0	3	1,3	1	0,4	231	100,0
Atendimento odontológico	52	24,4	109	51,2	24	11,3	19	8,9	9	4,2	-	-	213	100,0
Atendimento de enfermagem	90	19,4	326	70,1	43	9,2	5	1,1	1	0,2	-	-	465	100,0
Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças	37	23,7	86	55,1	7	4,5	3	1,9	23	14,7	-	-	156	100,0
Curativos	26	18,2	100	69,9	7	4,9	5	3,5	5	3,5	-	-	143	100,0
Encaminhamento para outros serviços	43	10,5	271	66,4	57	0,4	29	7,1	7	1,7	1	0,2	408	100,0
Conseguir consulta sem estar marcado	28	7,2	135	34,7	113	29,1	109	28,0	4	1,0	-	-	389	100,0
Laboratório	46	11,2	324	78,8	30	7,3	6	1,5	5	1,2	-	-	411	100,0
Planejamento familiar	33	29,2	63	55,8	4	3,5	1	0,9	12	10,6	-	-	113	100,0
Acompanhamento pré-natal	31	27,9	61	55,0	3	2,7	-	-	16	14,4	-	-	111	100,0
Exame preventivo para mulheres	56	18,1	222	71,8	12	3,9	10	3,2	9	2,9	-	-	309	100,0
Vacinação	91	22,4	310	76,2	2	0,6	1	0,2	2	0,5	1	0,2	407	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

* número de entrevistados que informaram ter utilizado este serviço alguma vez.

4. AVALIAÇÃO GERAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PELAS FAMÍLIAS

Perguntou-se às 711 famílias cadastradas que conheciam a Estratégia Saúde da Família se a haviam alguma vez utilizado, sua avaliação sobre mudanças nas condições de saúde no bairro e nas condições de saúde da família após sua implantação em Belo Horizonte. As condições de saúde no bairro e da família melhoraram na opinião de 72% e 63% dos entrevistados, respectivamente.

Tabela 8 – R1 e R2 Avaliação das famílias cadastradas sobre mudanças nas condições de saúde no bairro e de saúde da sua família após criação da Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Avaliação	Condições de saúde no bairro		Condições de saúde da família	
	n	%	n	%
Melhoraram	512	72,0	450	63,3
Pioraram	20	2,8	15	2,1
Continuaram como estavam	100	14,1	196	27,6
Não sabe	78	11,0	48	6,8
Não respondeu	1	,1	2	,3
Total	711	100,0	711	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Aproximadamente metade dos entrevistados (52%) informou que procura menos os hospitais e os especialistas após a implantação da Estratégia Saúde da Família no bairro e 48%, do mesmo modo que os familiares, procuram menos por serviços de urgência.

Tabela 9 – R3 Avaliação das famílias cadastradas quanto ao aumento ou diminuição da procura por hospitais e especialistas e por serviços de urgência, após implantação da Estratégia Saúde da Família no bairro, Belo Horizonte (MG), 2008

Avaliação	Procura por hospitais e especialistas		Procura por serviços de urgência	
	n	%	n	%
Procuram mais	64	9,0	52	7,3
Procuram menos	372	52,3	341	48,0
Procuram igual	207	29,1	240	33,8
Não sabe	66	9,3	75	10,5
Não respondeu	2	,3	3	,4
Total	711	100,0	711	100,0

Observação: n= 711 famílias com algum integrante com experiência de atendimento pela ESF.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Segundo a avaliação da maior parte das famílias cadastradas, ocorreu melhoria do atendimento em caso de doença (73% das famílias entrevistadas) após a implantação da Estratégia Saúde da Família no bairro. Para 18%, o atendimento ficou igual ou pior.

Tabela 10 – R5 Avaliação das famílias cadastradas sobre melhoria do atendimento em caso de doença após implantação da Estratégia Saúde da Família no bairro, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Melhoria do atendimento	n	%
Melhorou muito	234	32,9
Melhorou um pouco	285	40,1
Ficou igual	108	15,2
Piorou	20	2,8
Não sabe	61	8,6
Não respondeu	3	,4
Total	711	100,0

Observação: n= 711 famílias com algum integrante com experiência de atendimento pela ESF.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Conforme 54% (387) das famílias cadastradas, existia um posto ou centro de saúde no bairro antes da criação da Unidade de Saúde da Família. Desse total, 53% (157) das famílias informaram que seu atendimento nesses Postos ou Centros de Saúde não era frequente.

Tabela 11 – R6 R7 Existência de Posto ou Centro de Saúde no bairro antes da criação da USF e frequência de atendimento segundo famílias cadastradas. Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Existência de posto	Existência de unidade de saúde		Atendimento frequente	
	n	%	n	%
Sim	387	54,4	180	46,5
Não	157	22,1	205	53,0
Não sabe	166	23,3	2	5
Não respondeu	1	,1	-	-
Total	711	100,0	387	100,0

Observação: n = 387 famílias que declararam existir no seu bairro um posto ou centro de saúde antes da criação do Posto/Unidade de Saúde da Família

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

As 180 famílias cadastradas que disseram ser atendidas com frequência no posto ou centro de saúde do bairro antes da criação da Unidade Saúde da Família avaliaram o atendimento prestado pela Estratégia comparado à experiência prévia de atendimento no posto/centro de saúde antes existente: 69% consideraram que o atendimento prestado pela Estratégia Saúde da Família é melhor e 12%, que o atendimento é pior.

Tabela 12 – R8 Avaliação das famílias cadastradas sobre atendimento prestado pela ESF se comparado à experiência prévia de atendimento no posto/centro de saúde existente no bairro, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Atendimento Prestado	n	%
Melhor	125	69,4
Igual	31	17,2
Pior	22	12,2
Não sabe	2	1,1
Total	180	100,0

Observação: n = 180 famílias que disseram serem atendidas com frequência no posto ou centro de saúde do bairro antes da criação do Posto/Unidade de Saúde da Família.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Quanto à avaliação comparativa de serviços específicos pelas 180 famílias que disseram ser atendidas com frequência no posto ou centro de saúde antes da criação do Posto/Unidade Saúde da Família, cerca de dois terços das famílias cadastradas consideram que melhorou a atuação do posto/unidade de Saúde da Família se comparados com os serviços prestados pelo posto ou centro de saúde em relação à participação nas atividades do bairro (66%), ao conhecimento dos problemas da comunidade (69%), ao conhecimento técnico para resolver os problemas de saúde (63%), à facilidade de marcar consultas (67%) e às condições de dar melhor atendimento (72%). A facilidade de consultar sem marcar foi o aspecto pior avaliado: 22% informaram ter piorado.

Tabela 13 – R9 Avaliação das famílias cadastradas quanto à atuação da USF comparativamente aos serviços prestados anteriormente pelo posto ou centro de saúde do bairro, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Áreas de atuação	Melhor		Igual		Pior		Não sabe		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Participação nas atividades do bairro	119	66,1	27	15,0	15	8,3	18	10,0	1	,6	180	100,0
Conhecimento dos problemas da comunidade	124	68,9	28	15,6	7	3,9	20	11,1	1	,6	180	100,0
Conhecimento técnico para resolver os problemas de saúde	114	63,3	40	22,2	11	6,1	14	7,8	1	,6	180	100,0
Facilidade de marcar consulta	120	66,7	32	17,8	22	12,2	5	2,8	1	,6	180	100,0
Facilidade de obter consulta sem marcar	81	45,0	44	24,4	39	21,7	14	7,8	2	1,1	180	100,0
Condições de dar bom atendimento	129	71,7	35	19,4	9	5,0	6	3,3	1	,6	180	100,0
Facilidade de obtenção de medicamento	104	57,8	50	27,8	21	11,7	4	2,2	1	,6	180	100,0

Observação: n = 180 famílias que disseram serem atendidas com frequência neste posto ou centro de saúde antes da criação do Posto/Unidade de Saúde da Família.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Foi solicitado às famílias que expressassem o grau de satisfação geral com a Estratégia Saúde da Família em Belo Horizonte e 63% das famílias cadastradas indicaram que estão satisfeitas. Em contrapartida, dez por cento estão insatisfeitas com a Estratégia.

Tabela 14 – R10 Satisfação das famílias cadastradas com a Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Satisfação das famílias	n	%
Satisfeito	446	62,7
Mais ou menos satisfeito	142	20,0
Não satisfeito	69	9,7
Não sabe	52	7,3
Não respondeu	2	,3
Total	711	100,0

Observação: n = 711 famílias com algum integrante com experiência de atendimento pela ESF.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Pediu-se que as famílias cadastradas apontassem livremente o que não gostam na Estratégia Saúde da Família e 20% informaram não ter nenhuma queixa. Cerca da metade dos entrevistados indicou algum aspecto que não gosta. As principais queixas mencionadas foram quanto à demora nos atendimentos (12%), à carência de profissionais (12%), à demora para atendimento especializado (9%), a problemas com os profissionais de saúde (8%), à falta de medicamentos (8%) e à demora para marcação de consultas (7%). A queixa mais geral – o termo mais mencionado – foi **demora** das

mais diversas ordens, como se pode observar na tabela R11.

Tabela 15 – Tabela R11 O que as famílias cadastradas não gostam na Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Queixa	n	%
Demora no atendimento	87	12,2
Carência de profissionais	83	11,7
Demora para atendimento especializado	67	9,4
Problemas com profissionais de saúde/Mau atendimento	57	8,0
Falta/Insuficiência de medicamentos	54	7,6
Demora para marcação de consultas	47	6,6
Acolhimento/triagem/recepção	36	5,1
Demora para exames e retorno	33	4,6
Problemas de gerenciamento/Administração da USF	19	2,7
Acessibilidade/Distância da USF	12	1,7
Ausência/Insuficiência de visitas domiciliares	12	1,7
Inexistência/Demora no atendimento odontológico	11	1,5
Inexistência/Demora atendimento urgência/Pronto-atendimento/	11	1,5
Falta/Insuficiência de equipamentos	8	1,1
Desinformação	7	1,0
Outros	12	1,7
Não tem queixas	142	20,0
Não conhece /Não opinou	145	20,4

Observação: n= 711 famílias com algum integrante com experiência de atendimento pela ESF.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Dois terços das famílias indicaram os pontos mais positivos. Quanto ao que mais agrada as famílias na Estratégia Saúde da Família em Belo Horizonte, 14% destacaram a atenciosidade dos profissionais e o atendimento médico como pontos positivos na Estratégia, 12% citaram a rapidez no atendimento e 10% informaram que o que mais agrada é a visita domiciliar.

Tabela 16 – R12 O que as famílias cadastradas gostam na Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Qualidades	n	%
Atendimento médico	98	13,8
Profissionais atenciosos	96	13,5
Rapidez/agilidade no atendimento	82	11,5
Visita domiciliar	71	10,0
Trabalho dos ACS	34	4,8
Facilidade de acesso a medicamentos	29	4,1
Reuniões de grupo e ações de educação em saúde	24	3,4
Proximidade da residência	19	2,7
Trabalho em equipe	18	2,5
Vínculo profissionais-comunidade	13	1,8
Infraestrutura da USF	10	1,4
Resolutividade do PSF	10	1,4
Atendimento odontológico	7	1,0
Ações de promoção da saúde	5	0,7
Conhecimento dos problemas de saúde da família pelas ESF's	2	0,3
Limpeza da USF	1	0,1
Outros	81	11,4
Não gosta de nada	30	4,2
Não utiliza/Não Respondeu	132	18,6

Observação: n= 711 famílias com algum integrante com experiência de atendimento pela ESF.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Na opinião de 61% das famílias cadastradas, a Estratégia Saúde da Família deve mudar alguma coisa. Entre as famílias que afirmaram a necessidade de mudança, 28% sugeriram a contratação de médicos especialistas para as ESFs, 12% apontam a necessidade de maior agilidade no atendimento, 11% apontam a necessidade de maior agilidade para marcação e realização de exames e 10% maior agilidade para consultas com especialistas. A facilitação de acesso sugerida é concernente com a reclamação mais frequente de demoras nos atendimentos.

Tabela 17 – R13 Necessidade de mudança na Estratégia Saúde da Família na opinião das famílias cadastradas, Belo Horizonte (MG), 2008

Mudança	n	%
Deve continuar como está	264	37,1
Deve mudar	436	61,3
Não respondeu	11	1,5
Total	711	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Tabela 18 – R13 Mudanças sugeridas para a Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Sugestões	n	%
Contratação de médicos especialistas para as ESF	123	28,2
Maior agilidade no atendimento	54	12,4
Maior agilidade para marcação e realização de exames	47	10,8
Maior agilidade para consultas especializadas	45	10,3
Aumentar número de visitas domiciliares	28	6,4
Contratação de mais profissionais para as ESF's	24	5,5
Melhorar disponibilidade de medicamentos	22	5,0
Melhorar atendimento/recepção	21	4,8
Implantar atendimento 24h e de urgência	18	4,1
Implantar/melhorar atendimento odontológico	14	3,2
Capacitar os profissionais das ESF	13	3,0
Contratação de outros profissionais	10	2,3
Aumentar ações educativas e de promoção à saúde	3	0,7
Maior divulgação das atividades do PSF na comunidade	1	0,2
Outros	80	18,3
Não sabe/Não Respondeu	41	9,4

Observação: n=436 entrevistados que indicaram que o Saúde da Família deve mudar algo.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

A maioria das famílias cadastradas, 62%, considerou que a Estratégia Saúde da Família não necessita oferecer outras atividades além das que já oferta, mas 37% avaliam que sim. Como sugestões destas 262 famílias quanto às atividades a serem ofertadas, 49% recomendaram ações de promoção à saúde; 15%, atendimento de outros profissionais; 7% indicaram atividades para idosos, para a juventude e atendimento especializado. As atividades de promoção da saúde sugeridas foram principalmente atividades físicas, como ginástica, alongamento, caminhadas, dança, hidroginástica, esporte e atividades de grupos. Entre os atendimentos de outros profissionais, as principais sugestões foram de fisioterapia e nutrição.

Tabela 19 – R14 Necessidade de oferta de outras atividades além das já oferecidas pela Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Oferta de outras atividades	n	%
Sim	262	36,8
Não	437	61,5
Não respondeu	12	1,7
Total	711	100,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Tabela 20 – R14 Sugestão de atividades a serem oferecidas, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008

Sugestões	n	%
Atividades de promoção à saúde	128	48,9
Atendimento de outros profissionais	39	14,9
Atividades para os idosos	19	7,3
Atendimento especializado	17	6,5
Ações voltadas para a juventude	17	6,5
Atividades voltadas para as crianças	15	5,7
Ações de educação em saúde	13	5,0
Realização de exames complementares	5	1,9
Acesso a serviços e benefícios sociais p/ as famílias pobres	4	1,5
Atendimento odontológico/saúde bucal	4	1,5
Atendimento a dependentes químicos	2	,8
Atendimento de urgência	2	,8
Outros	38	14,5
Não opinou	23	8,8

Observação: n= 262 entrevistados que indicam que a Saúde da Família deve ofertar outras atividades.

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

XV. DESAFIOS, PROPOSTAS DE EXPANSÃO E AVALIAÇÃO GERAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA POR GESTORES, GERENTES E ENTIDADES

Para garantir a consolidação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos e melhorar a qualidade da atenção no município de Belo Horizonte, é necessário, na opinião dos gestores, reavaliar o volume de população por equipes, assim como o fluxo de pacientes entre os vários níveis, pensar a melhora da infraestrutura e dos recursos tecnológicos, avançar na questão da coordenação dos cuidados e, também, na intersetorialidade. Contudo, é preciso principalmente investir em recursos humanos, tanto no que se refere a aumentar o número de profissionais quanto a refletir sobre a formação destes, para que tenham o perfil adequado ao modelo e recebam salário compatível.

Apesar de considerarem que a cobertura máxima ideal da Estratégia Saúde da Família em Belo Horizonte seria de 100%, não existe proposta de expansão em razão da insuficiência de recursos financeiros e de recursos humanos. Pretende-se manter a cobertura atual. A ideia é distribuir melhor o número de pessoas por equipe e não aumentar o número de equipes de saúde da família (ESFs): (...) *“Para termos cem por cento de cobertura na lógica atual, que é, em média, uma equipe para quatro mil pessoas, teríamos que ter seiscentas equipes. Para isso precisaríamos de mais cem médicos, o que seria difícil conseguir”*, destaca a secretária Municipal Adjunta de Saúde.

Na opinião do representante do COREN, antes de se pensar a cobertura ideal, é preciso delinear uma estratégia distinta de ação para áreas de médio e baixo risco que também utilizam a USF, mesmo que tenham planos de saúde privados, uma vez que as áreas de alto risco já estão 100% cobertas.

1. PRINCIPAL PROBLEMA E DESAFIO

O maior problema da Estratégia Saúde da Família no momento, segundo o Secretário Municipal de Saúde e demais gestores, está relacionado ao processo de trabalho e à questão da formação e qualificação dos profissionais das ESFs. Observam dificuldades para avançar em um trabalho bem articulado tanto entre os profissionais quanto entre as

várias gerências e assistências, do mesmo modo que para perceber os problemas prioritários, mudando a lógica do modelo antigo e desempenhando ações de cuidado individual e coletivo: (...) *“Conseguir coordenar as ações do dia-a-dia, da consulta, ter tempo para trabalhar os grupos, para capacitar os profissionais, para fazer as visitas, fazer avaliação daquela população atendida e planejar, coordenar todas as ferramentas de trabalho, isso é um desafio”*, destaca a gerente de Apoio Diagnóstico.

Outra dificuldade para a efetivação da Estratégia, segundo os gestores municipais, é a garantia do acesso à atenção integral, ou seja, acesso a outros níveis de atenção para buscar a integralidade e melhorar o cuidado.

Na perspectiva do representante do COREN, um dos grandes problemas está relacionado às questões sociais, que envolvem políticas públicas intersetoriais, as quais permeiam a Estratégia e são discussões que precisam avançar, pois ainda conformam um desafio para o Saúde da Família. Os representantes das entidades médicas destacam, como dificuldades para a efetivação da Estratégia, o número de famílias adscritas por equipe, que é bastante elevado, e a baixa valorização do profissional médico de família por parte dos outros médicos especialistas.

2. PONTOS MAIS POSITIVOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A maior vantagem da Estratégia Saúde da Família, na opinião do secretário Municipal de Saúde, é que a Atenção Primária coordena o processo de cuidado, pois dispõe de elementos para tal. O vínculo estabelecido com a comunidade é outra vantagem importante da Estratégia, para a coordenadora de Atenção Básica, a gerente de Projetos Especiais e a gerente de Marcação de Consultas.

Cria-se vínculo e humanizam-se as ações: (...) *“Para mim é o conhecimento que os profissionais passam a ter da real situação de saúde das famílias e dos usuários. Porque, no modelo tradicional, vamos colocar assim, atende-se quem vem procurar. Nesse modelo, você vai atrás, tem uma ação pró-ativa, não é só quem procura o centro de saúde”*, segundo a gerente de Projetos Especiais.

Outros pontos positivos para os gestores são: a garantia do acesso, a redução de internações, a ampliação de cobertura e o caráter preventivo e humanizado da Estratégia: (...) *“Redução de algumas internações, que podem ser reflexo também da*

ampliação da atenção especializada, redução da mortalidade infantil, aumento da cobertura vacinal”, enfatiza a gerente de Vigilância em Saúde e Informação.

Um novo olhar sobre a assistência, diferente da lógica do modelo tradicional, de fragmentação do cuidado com o especialista, e a constituição de Unidade Básica como a porta de entrada preferencial dos pacientes são inovações do modelo assistencial de Belo Horizonte, as quais podem ser atribuídas à implementação da Estratégia, segundo os gestores municipais. Com a Saúde da Família, destacam, há maior integralidade e articulação entre os vários níveis de atenção.

Para os representantes do COREN e do Sindicato dos Médicos, as principais inovações são o aumento na garantia do acesso e a ampliação da resolutividade. A representante da Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade destaca a mudança na política municipal em relação ao modelo de assistência, que se voltou para a Estratégia.

3. RECOMENDAÇÕES PARA OUTROS GESTORES

A partir da experiência exitosa de implementação da Estratégia Saúde da Família em Belo Horizonte, o secretário Municipal de Saúde tem como principal recomendação investir pesado na Atenção Primária. Os gestores apontam também como recomendações importantes a outros gestores de grandes cidades, para obter êxito na implementação da Estratégia Saúde da Família, a vontade política forte em ter a saúde como principal projeto: decisão política de abraçar a Estratégia Saúde da Família e colocá-la em prática. A partir daí, pensar no concurso público, para garantir a efetivação dos profissionais e diminuir a rotatividade.

Os profissionais, por sua vez, têm que ser qualificados e comprometidos com o trabalho, então há a necessidade de investir em sua formação e capacitação: (...) *“Avançar na relação com as universidades, para estreitar esta relação do mundo da educação do setor saúde com a prática assistencial, numa tentativa local de mexer na formação.”*, destaca o secretário Municipal de Saúde e *“batalhar por financiamento”*.

Outra recomendação é a organização da rede assistencial para garantia da atenção integral: repensar a atenção básica articulada à atenção secundária e especializada. Aconselham a organizar a rede em regiões de saúde e avançar na perspectiva de um trabalho de vigilância em saúde junto com a atenção básica. Destacam também a importância da intersetorialidade: (...) *“A implantação do PSF deve ocorrer de forma*

coletiva na instituição, com a participação de várias gerências, reforçando a importância de um planejamento, da intersectorialidade, do envolvimento de outros agentes.”, argumentou a gerente de Vigilância em Saúde.

Para o representante do COREN é necessário o compromisso de trabalhar em rede e com políticas sociais. Já os representantes do Sindicato dos Médicos e da Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade reforçam que são fundamentais a decisão política, a realização de concurso público e a capacitação dos profissionais por meio da educação permanente, fatores que contribuem para a manutenção e o sucesso da Estratégia.

XVI. FATORES FACILITADORES E LIMITANTES DA IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A INTEGRAÇÃO À REDE ASSISTENCIAL, A COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS E A ATUAÇÃO INTERSETORIAL

A discussão articulada dos resultados da pesquisa desde as perspectivas dos gestores, dos profissionais das equipes de saúde da família (ESFs) e das famílias permite identificar uma série de fatores tanto limitantes quanto facilitadores da consolidação da Estratégia Saúde da Família, que possibilita a formulação de recomendações mais gerais. Alguns desses fatores são destacados a seguir.

No contexto político institucional, a continuidade de mandatos de gestores municipais engajados no desenvolvimento de políticas públicas de corte social, a prioridade para a saúde conferida pelo Executivo municipal e o legado institucional sobressaem entre os fatores que facilitam a consolidação da Estratégia Saúde da Família.

A decisão política firme e perseverante do Executivo municipal, não apenas da Secretaria Municipal de Saúde, de opção pela Estratégia Saúde da Família para fortalecer a atenção básica no sistema de saúde municipal foi elemento importante para sua expansão e permitiu sua implantação rápida e em larga escala.

O legado institucional conta a favor da implementação da Estratégia Saúde da Família como centro ordenador e integrador da rede de serviços de saúde. O processo de aprendizado institucional proporcionado pela experiência na gestão do sistema produz acúmulos institucionais de tradição e de disponibilidade da oferta de serviços de saúde e de capacidade técnica gerencial.

Belo Horizonte fora habilitado como gestor semipleno pela NOB/SUS/93 e, posteriormente, como gestor pleno do sistema de saúde pela NOB/SUS/96, o que exigiu precocemente do município a condução da gestão do sistema nos diferentes níveis de complexidade, concedendo maior autonomia na condução de processos articuladores da rede de serviços de saúde.

A experiência anterior da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) na regulação da assistência facilitou a integração da Saúde da Família à rede assistencial.

A implantação rápida, com alcance de cobertura populacional de cerca de 70% (em uma cidade de 2,4 milhões de habitantes) no período de dois anos, e a mudança de modelo em centros de saúde preexistentes implicou, no momento inicial, a desorganização da atenção básica, produzindo instabilidade política e podendo incorrer em redução da legitimidade e na conseqüente mudança de gestores.

A concepção de modelo assistencial proposto com a implantação de ESFs em centros de saúde, promovendo a reorganização interna e a reestruturação parcial das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com a manutenção de profissionais médicos das especialidades básicas como apoio às equipes facilita a constituição da Unidade de Saúde da Família (USF) como serviço de procura regular.

A implantação de ESFs nos Centros de Saúde preexistentes condiciona certo desconhecimento das famílias quanto à denominação Saúde da Família para a unidade básica de saúde com equipes de saúde da família que utilizam, identificando-a como posto ou centro de saúde.

Integração

Articuladas às ações programáticas da demanda organizada, as estratégias para atendimento à demanda espontânea por meio do acolhimento e do atendimento diário facilitam a constituição da USF como serviço de procura regular e porta de entrada preferencial do sistema de saúde, deslocando a demanda dos serviços de emergência e de atenção especializada. O atendimento à demanda espontânea é fator preponderante para o estabelecimento da USF como serviço de procura regular para assistência e prevenção.

Essa articulação entre as demandas se efetiva não apenas pela definição de horários diários de atendimento, mas na realização das ações programáticas (promocionais e preventivas) em cada contato/atendimento de demanda espontânea e no agendamento rotineiro das ações de acompanhamento.

O desenvolvimento de estratégias de avaliação de riscos nas UPAs com encaminhamento para atendimento na USF dos pacientes de baixo risco (em contexto de USFs que também atendem demanda espontânea) facilita a conformação desta como porta de entrada e desafoga as unidades de emergência. O profissional de serviço social pode ser um apoio neste processo.

Deste modo, a articulação com as Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) para agilizar atendimentos de emergência encaminhados pelas USF e para garantir o retorno ou re-encaminhamento dos usuários desde as UPAs às suas Unidades Saúde da Família, facilitando a constituição desta como serviço de procura regular.

A disponibilidade de espaço físico adequado para a realização de ações específicas dos diversos profissionais e para atividades de grupo incide na qualidade da atenção prestada, na eficiência do uso de recursos, na satisfação dos profissionais com seu trabalho e na dos usuários com seu serviço de saúde. No entanto, a falta de consultórios exclusivos para enfermeiros pode proporcionar redução da produtividade desses profissionais e de sua participação em ações assistenciais, além das gerenciais.

A constituição de um gerente de unidade básica, profissional de nível superior com função exclusiva, facilita a organização das ações na USF, a garantia de referências e a ação comunitária. A conformação de unidades básicas com implantação de diversas ESFs e com a oferta do conjunto de ações de atenção básica exige a definição de profissional para as funções gerenciais.

O acesso a exames de patologia clínica é facilitado pela constituição de postos de coleta de material para exames em todas as USF, com a oferta de laboratório próprio municipal, a definição de fluxos e de metas de desempenho, havendo definição de tempos máximos para retorno de resultados dos exames à USF e sua entrega ao paciente.

A realização dos exames na própria unidade contribui para a percepção de resolutividade pelos usuários e facilita a conformação da USF como serviço de procura regular.

A implantação do sistema informatizado de marcação e regulação de consultas e exames especializados (SISREG) facilita a integração do sistema ao possibilitar a marcação *on-line* de procedimentos no próprio centro de saúde, o conhecimento das filas de espera e a definição de prioridades clínicas.

A garantia do agendamento possibilitada pelos sistemas de regulação não é suficiente para garantir maior agilidade no atendimento. O tempo médio de espera para consultas especializadas de 3 meses e mais foi estimado por 61% dos médicos entrevistados em Belo Horizonte. Uma boa organização da rede não prescinde do equacionamento adequado da oferta.

Estratégias de territorialização para atenção à gestante habilitam a Saúde da Família a assegurar a atenção à maternidade e parto.

Estratégias de educação permanente com o uso de tecnologias de informação e comunicação (TIC), como as ferramentas de Tele-Saúde, Tele-Medicina, Tele-enfermagem, têm potencialidade para melhorar a integração da rede, a comunicação entre os profissionais dos serviços básicos e especializados, tal como para ampliar a resolutividade dos serviços de atenção primária.

A disponibilidade e a transferência de informações são fundamentais para a coordenação e a regulação da atenção, o que é reconhecido pelos gestores que vêm informatizando as unidades e implantando prontuários eletrônicos. Os prontuários eletrônicos com acesso *on line* e o registro por diversos profissionais e serviços contribui para aprimorar a qualidade dos registros e a continuidade informacional entre diversos episódios e o acesso do paciente aos vários serviços. Todavia, envolve o estabelecimento de infraestrutura computacional, redes ágeis e manutenção adequada e permanente.

A implantação de prontuários eletrônicos tem deslocado a organização dos prontuários familiares para fichas individuais, o que pode incidir sobre a atenção dirigida às famílias, reduzindo a compreensão do enfoque familiar da Estratégia Saúde da Família. Ferramentas de informática poderiam ser desenvolvidas para permitir a composição de prontuários eletrônicos familiares a partir das entradas individuais.

A qualificação dos profissionais das ESFs e as estratégias de educação continuada com participação de profissionais dos diversos serviços (ESF, atenção especializada, UPAs) contribuem para aumentar a credibilidade dos profissionais da atenção primária em saúde, superar relações hierárquicas e o isolamento entre atenção básica e especializada.

A construção de linhas de cuidado em conjunto por profissionais da Atenção Básica e por especialistas em nível distrital facilita a articulação e a comunicação entre níveis assistenciais, a coordenação dos cuidados e a adesão dos profissionais às diretrizes estabelecidas.

A baixa credibilidade e o reconhecimento dos profissionais de atenção primária é obstáculo à coordenação dos cuidados por esse nível assistencial. Neste sentido, é recomendável desenvolver, em nível local e nacional, estratégias para dar visibilidade ao trabalho e promover a atuação dos profissionais das ESFs.

O acesso à atenção especializada pode ser facilitado pela melhor qualificação das demandas para procedimentos especializados por meio de capacitações específicas, definidas a partir do monitoramento dos encaminhamentos realizados pelas ESFs.

A coordenação dos cuidados pela ESF nem sempre é reconhecida e carece de maior desenvolvimento. É preciso definir as ações de coordenação como sua competência e responsabilidade nos protocolos assistenciais e linhas de cuidado.

A oferta insuficiente de serviços públicos próprios e a baixa remuneração da Tabela SUS para parte dos procedimentos dificultam a contratação de serviços em quantidade suficiente e limitam a garantia de serviços de média complexidade.

Um importante desafio à integração da rede e garantia de acesso à atenção especializada é a fragmentação do sistema decorrente da presença de diferentes prestadores de serviços de saúde municipais, estaduais e privados contratados. As capitais dispõem de serviços especializados estaduais em seu território, que não foram descentralizados e atendem a população de todo o estado.

A resistência dos prestadores privados contratados pelo SUS à regulação é um entrave para a integração, dificultando a relação e o contato entre profissionais de atenção especializada e primária e o retorno do paciente para acompanhamento longitudinal pela ESF. No contexto de uma rede assistencial organizada, a contratação de serviços privados implica novas estratégias de regulação, de modo a garantir a contrarreferência e a comunicação entre profissionais dos diversos serviços, sejam públicos ou privados.

A fragmentação entre as redes assistenciais públicas municipais e estaduais instaladas nos territórios das capitais contribui para a utilização subotimizada da oferta existente (em parte, insuficiente) no atendimento da população da cidade. Novos mecanismos de articulação, além da Programação Pactuada Integrada (PPI), são essenciais para otimizar a integração e a conformação de uma única rede assistencial.

A ausência de políticas para a atenção de média complexidade por parte do Ministério da Saúde é reconhecida pelos gestores municipais como uma das grandes dificuldades para garantia de acesso à atenção especializada no Sistema Único de Saúde (SUS).

Recursos humanos

Na fase de consolidação da Estratégia Saúde da Família, a qualificação dos profissionais para a concretização da atenção básica resolutive sobressai como grande desafio,

demandando estratégias de desenvolvimento profissional contínuo que aprimorem/desenvolvam competências técnicas específicas de cada profissão e competências do 'campo' da atenção primária para ações coletivas e atuação comunitária.

O desenvolvimento de cursos de especialização em Saúde da Família pela própria SMSA em parceria com instituições acadêmicas em escala permite a qualificação em serviço e facilita a adequação do perfil profissional para Estratégia Saúde da Família em curtos espaços de tempo.

Estratégias de educação permanente/desenvolvimento profissional contínuo com uso de tecnologias de informação e comunicação (TICs), como Tele Saúde (Tele-Enfermagem, Tele Saúde Bucal, Tele Medicina), facilitam a qualificação dos profissionais para o exercício de suas funções específicas e para o uso de diretrizes assistenciais, além de contribuir para a melhora da resolutividade da USF e promover a comunicação entre especialistas e generalistas, facilitando referências e coordenação dos cuidados pela atenção primária em saúde.

Na gestão de recursos humanos para a atenção primária, a contratação por concurso público é estratégia essencial, que facilita a fixação de profissionais, mas não suficiente. É polêmica a contratação dos profissionais das ESFs em regime estatutário apenas por 20 horas com extensão de jornada de trabalho para as outras 20 horas, sem agregar todos os direitos trabalhistas como aqueles relativos à aposentadoria.

A possibilidade de vínculo adicional na SMSA para realização de plantão em serviços de pronto-atendimento/urgência pelos profissionais médicos facilita a fixação dos profissionais (ao oferecer ganhos salariais e diversificação de ações assistenciais) e pode proporcionar melhora da articulação entre serviços de emergência e de atenção básica. É de notar que experiências européias indicam melhora de atendimento nas emergências com a contratação de especialistas em medicina de família e comunidade.

O estabelecimento de incentivos/complementação salarial para os profissionais das USFs escalonados segundo critérios risco e vulnerabilidade das comunidades atendidas facilita a fixação de profissionais em áreas desfavorecidas, ainda que não seja suficiente. Assim, outras intervenções de caráter gerencial da USF são necessárias nessas áreas, como a boa organização e dependências físicas confortáveis e limpas.

A análise dos resultados da pesquisa no processo de implementação da Estratégia Saúde da Família no Município de Belo Horizonte aponta para os seguintes aspectos que devem ser valorizados e destacados quanto à gestão dos recursos humanos para a Estratégia Saúde da Família:

i) A centralidade da gestão do trabalho e o investimento nos processos de qualificação, como prioridades da gestão; ii) As estratégias de educação permanente, que privilegiam o espaço de trabalho como de aprendizagem; iii) A existência de quadro permanente de profissionais selecionados através de concurso público; iv) A implantação de um sistema de remuneração diferenciado, de forma a incentivar e, ao mesmo tempo, remunerar o exercício profissional em locais de grande vulnerabilidade.

Em relação aos nós críticos identificados na gestão de Recursos Humanos e que merecem reflexão mais aprofundada sobre estratégias de enfrentamento estão o fortalecimento e a ampliação da capacitação dos ACS e dos técnicos e auxiliares de enfermagem; a introdução de um sistema de supervisão e acompanhamento do desempenho dos profissionais e das equipes com abordagem pedagógica, permitindo a reflexão sobre o processo de trabalho e possibilitando a revisão do mesmo.

Intersetorialidade

Os Conselhos Locais de Saúde são espaços coletivos de discussão conjunta em nível local, que facilitam o envolvimento dos profissionais na ação comunitária; contudo, a participação da população pode ser mais incentivada, ação na qual o ACS poderia ser um agente importante.

A presença de políticas municipais integradas de abrangência municipal com a constituição de câmaras intersetoriais permanentes de políticas públicas e com a participação das diversas secretarias para a integração das políticas facilita a atuação intersetorial.

Iniciativas de atuação intersetorial que respondem a uma política municipal e à modalidade integrada de atuação governamental são mais abrangentes e diversificadas do que aquelas relacionadas a projetos específicos ou emergenciais.

A constituição de fóruns intersetoriais regionais facilita a ação e a articulação da saúde nessas ações.

Há limites na atuação intersetorial das ESFs e a articulação intersetorial deve ser uma estratégia estruturante da política municipal. A extensão na qual o setor saúde toma a iniciativa e lidera a intervenção intersetorial para promover a equidade em saúde depende do tipo de problema a enfrentar (WHO/PHAC, 2008).

O setor saúde deveria tomar a dianteira quando dispõe de conhecimentos e de experiência, como no caso de prevenção de doenças específicas e da melhoria de acesso à atenção à saúde. Quando a iniciativa envolve problemas sobre os quais o setor saúde dispõe de conhecimento de medidas efetivas, mas não controla os meios para realizá-las, esse setor deve tomar a liderança para promover tais estratégias em estreita cooperação com outros setores. Todavia, quando a iniciativa dirige-se a determinantes sociais mais gerais, como a pobreza, por exemplo, o setor saúde deve ser um parceiro, pois não controla os meios para a ação (WHO/PHAC, 2008).

O reconhecimento de que a ação intersetorial deve ser política de governo não reduz a importância da ação comunitária local da ESF.

Chama a atenção que parte das famílias cadastradas desconhecia o ACS e não fora por ele visitada. Nesse sentido, é recomendável monitorar a realização dessas visitas e estabelecer rotinas diferenciadas de visita conforme risco, presença de agravos crônicos etc.

O território local é a base das iniciativas de articulação intersetorial e as ESFs têm importante papel na identificação de situações de risco social e de saúde, além do potencial de consolidação das redes locais de serviços sociais.

A ação comunitária da ESF implica a constituição de redes de serviços sociais em nível local, de modo que o acesso à USF facilite o acesso a outros serviços sociais, como ocorre no Programa Bolsa Família em Belo Horizonte, que articula os setores de saúde, educação e assistência social em nível local.

Destacam-se como fatores limitantes para a atuação e a mediação de ações intersetoriais pelas ESFs a insuficiente capacitação dos seus profissionais para a ação comunitária e o excesso de demandas assistenciais individuais, que consomem o tempo dos profissionais.

O agente comunitário de saúde é o agente facilitador para a identificação de problemas coletivos e para a mobilização comunitária.

O desenvolvimento de ação comunitária poderia ser fortalecido. Consta-se certo descompasso entre os avanços da integração da rede assistencial e a incipiência da ação intersetorial local promovida pela ESF. Ocorreria um *trade off*? Nos grandes centros urbanos, os esforços necessários para a garantia de acesso à oportuna atenção à saúde de qualidade e com a organização de um sistema municipal complexo esgotariam as possibilidades de investir na articulação intersetorial como iniciativa da SMSA e das equipes de saúde da família?

A implementação de uma estratégia de atenção primária integral implica a resposta aos problemas de saúde menos frequentes, com a constituição da porta de entrada preferencial em serviços de atenção básica e a coordenação dos cuidados nos demais níveis de atenção. Nesse sentido, os esforços dos gestores e os resultados encontrados na integração da Saúde da Família à rede assistencial apontam para a sua potencialidade como estratégia de atenção primária integral. Esta perspectiva, contudo, deve ser monitorada e outras investigações precisam ser desenvolvidas, considerando as diversas dimensões da integração e a perspectiva dos usuários.

A priorização da Atenção Básica dentro do SUS buscou responder aos compromissos do sistema de saúde de prover serviços básicos de saúde e outras ações coletivas de forma descentralizada. Os resultados mostram que ainda é imperativo avançar nas promessas de integralidade por meio da necessária desmercantilização dos níveis de atenção mais complexos ou, no mínimo, de certo equilíbrio nas relações entre o mercado e a esfera pública na provisão dessas ações ao conjunto da população (Carvalho, 2004).

Por fim, uma questão a ser enfrentada pela Estratégia da Saúde da Família nos grandes centros em que há elevada cobertura é reverter o total afastamento da classe média dos serviços públicos de saúde. A ampliação da regulamentação dos seguros privados de saúde, que garantiu o acesso a bens e serviços de saúde, acrescida da percepção das camadas médias da população de que a assistência médica pública, bem como outros bens públicos, é inferior à sua expectativa pela qualidade e escassez, justificariam a falsa consciência de que não se deve utilizar os serviços públicos para não ‘tirar o lugar’ daqueles que mais necessitam e não tem outros recursos, negando, desta forma, a característica primordial do SUS que é a sua universalidade.

A atração para o SUS ou, especialmente, para a utilização da porta de entrada do sistema, a Estratégia Saúde da Família, é um dos desafios para a valorização do SUS por esses segmentos da população. Os resultados da pesquisa apontam indícios de que o

atendimento profissional domiciliar e o cuidado de idosos são aspectos valorados positivamente por esses estratos populacionais que reivindicam a cobertura por equipes de saúde da família em suas áreas de moradia.

Os obstáculos a superar para a garantia de atenção integral são de diversas ordens: financeiros, de oferta insuficiente e de formação inadequada dos recursos humanos (Conill, 2008). Ainda assim, os resultados do estudo de caso apontam que o fortalecimento da posição dos serviços da Estratégia Saúde da Família como porta de entrada preferencial resolutiva integrada à rede, com referências reguladas para a atenção especializada, tem a potencialidade de reorientar a organização do sistema de saúde para a garantia do direito universal à saúde, na medida em que seja assumida como política integrada de governo e que construa interfaces, de modo a promover a cooperação com outros setores para enfrentar os determinantes sociais mais gerais da saúde.

XVII. REFERÊNCIAS

Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 10. Brasília, DF: Organização Panamericana de Saúde/Ministério da Saúde; 2006.

Andrade LOM. A saúde e o dilema da intersetorialidade. São Paulo: Hucitec; 2006.

Barbosa ACQ, Rodrigues JM, organizadores. 1º Censo de Recursos Humanos da Atenção Primária do Estado de Minas Gerais. Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Belo Horizonte; 2006.

Becker HS. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Hucitec; 1997.

Boerma WGW. Coordination and integration in European primary care. In: Saltman RS, Rico A, Boerma WGW, editors. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Berkshire: Open University Press; 2007: 3-21.

Buss PM. Uma Introdução ao Conceito de Saúde Pública. In: Czeresnia D & Freitas CM, organizadores. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões , tendências. Rio de Janeiro: Editora: FIOCRUZ; 2003: 9-37.

Calnan M, Hutten J, Tiljak H. The challenge of coordination: the role of primary care professional in promoting integration across the interface. In: Saltman RS, Rico A, Boerma WGW, editors. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Berkshire: Open University Press; 2007: 85-104.

Campos CVA. Por que o médico não fica? Satisfação no Trabalho e Rotatividade dos Médicos do Programa de Saúde da Família do Município de São Paulo. Dissertação de Mestrado, Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo; 2005.

Campos G, Barros R, Castro A. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2004; 9 (3): 745-749.

Capistrano Filho D. O Programa de Saúde da Família em São Paulo: *Estudos Avançados* 1999; 13(35):89-100.

Cardoso JR. Macroeconomia e Mercado de Trabalho no Brasil: trajetória recente e tendência aparente.; 2006; Disponível em, www.observarh.org.br/nesp/ - acesso em 07/10/2008.

Carvalho AI, Buss PM. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LV, Carvalho AI, Noronha JC, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

Carvalho AI. Política de saúde e organização setorial do país. Documento preparado para o Curso de Especialização à Distância Autogestão em Saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP/FIOCRUZ; 1999, atualizado em 2004.

CESPEC Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva. Estudos de Linhas de Base – PROESF: Lote 1 Sudeste Minas Gerais e Espírito Santo - Relatório Belo Horizonte; 2005.

CFM – Conselho Federal de Medicina. O médico e o seu trabalho. Carneiro MB, Gouveia VV, coord. Brasília: CFM; 2004.

CNSAN – Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. A Construção da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Relatório Final. Olinda (PE); 17 a 20 de março de 2004.

Cochran W. Sampling Techniques. New York: John Wiley & Sons; 1977.

Conill EM, Fausto MCR. Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Rio de Janeiro: Documento Técnico EuroSocial Salud; 2007.

Conill EM. Ensaio teórico-conceitual sobre APS: desafios para organização de serviços básicos e da Estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. Cadernos de Saúde Pública 2008; 24(sup1): S7-S27.

Conill EM. Políticas de Atenção Primária e Reformas Sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis. Santa Catarina; Brasil; 1994-2000. Cad. Saúde Pública; 2002; 18(Supl.): 191-202.

Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health* 2004; 94(11): 1864 -1874.

DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2008. Evolução do Crescimento e Implantação da Estratégia Saúde da Família. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/>

Dal Poz MR, Stilwell B, Mercer H, Adams O. Agenda das Organizações Internacionais para o Desenvolvimento de RH em Saúde: novos problemas e soluções. In: Negri B, Faria R, Viana ALdÁ, org. Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. 1ª ed. Campinas: UNICAMP/NEPP; 2002: 323-342.

Datasus, Informações de Saúde, demográficas e socioeconômicas, 2008

Dedeca CS, Rosandiski EM, Carvalho MS, Barbieri CV. Dimensão do Setor de Atendimento à Saúde no Brasil; 2004 Disponível em, www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_abep/PDF/ABEP2004_426.pdf - acesso em 07/10/2008.

Delnoij D, Van Merode G, Paulus A, Groenewegen P. Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure? *Health Service Research and Policy* 2000; 5(1):22-6.

Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Júnior Escrivão A, Gomes A, Bousquat A. Atenção básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por extrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11 (3): 633-641.

Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Magalhães R, Senna MCM. Avaliação da implementação do programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde/SPS/DAB, 2002.

Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Magalhães R, Senna MCM. Avaliação da implementação do programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Segunda edição revisada. Brasília: Ministério da Saúde/SAS/DAB; 2005.

Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Pan American Journal of Public Health* 2007; 21(2/3): 164-176.

Fachini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues, MA. Desempenho do PSF no sul e no nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(3): 669-681. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30982.pdf>.

Feo JJO, Campo JMF, Camacho JG. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada? Reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional. *Revista de Administración Sanitaria* 2006; 4 (2): 357-82.

Ferrera M, Rhodes M. *Recasting European Welfare State*. London, Frankcass; 2000.

Figueiredo JBB, Schiray M, Lustosa TAO. Relações de pobreza com trabalho e família: estudo de identificação para a região metropolitana do Rio de Janeiro, em 1987. Rio de Janeiro: UFRJ/IEI, 1990.

Fonseca CD, Seixas PH D. Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. In: Negri B, Faria R, Viana ALdÁ. *Agenda Nacional de Recursos Humanos em Saúde: diretrizes prioridades*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2002: 289-322.

Gérvias J, Rico A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primaria. *SEMERGEN* 2005; 31 (9): 418-23.

Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. *Saúde em Debate* 2003; 27 (65): 278-289.

Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cadernos de Saúde Pública* 2006; 22(5): 951-963.

Girardi SN, Carvalho CL. Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. In: Negri B, Faria R, Viana ALdÁ, org. *Mercado de trabalho e regulação das profissões de saúde*. Campinas; 2002.

Goulart F. *Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso?* Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ; 2002.

Gugliemi MC. A Política Pública “Saúde da Família” e a Permanência – Fixação do Profissional em Medicina: um estudo de campo em Pernambuco. Tese de Doutorado, Universidade Estadual do Rio de Janeiro IMS / Política, Planejamento e Administração em Saúde. Rio de Janeiro; 2006.

Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Stein AT. Consistência e interna e confiabilidade da versão em português do instrumento de avaliação primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cadernos de Saúde Pública* 2006; 22(8): 1647-1659.

Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E. Improved Health System Performance Through Better Care Coordination. Paris: OECD; 2007.

Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, Viana ALD. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva* 2006; 11(3):683-703.

IBGE - Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Contas Nacionais <http://www.ibge.gov.br>

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000. Disponível em <http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/cd2000cgp.asp?o=7&i=P> (acessado em jan 2008).

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@ 2007. Disponível em, <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php> - acesso em janeiro de 2008.

Inojosa RM. & Junqueira A. O setor da saúde e o desafio da intersetorialidade. São Paulo. *Cadernos Fundap* 1997; (21): 156-164.

Junqueira LAP. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. *Revista de Administração Pública* 1998; 32(2):11-22.

Junqueira LAP. Intersetorialidade, Transetorialidade e Redes Sociais na Saúde. *Revista de Administração Pública* 2000; 34(6): 35-45.

Kingdon JW. Agendas, alternatives and public policies. New York: HarperCollins College Publis, 2.ed.; 1995.

Kish L. Survey Sampling. New York: John Wiley & Sons; 1995.

Lavis J, Sullivan T. The State as a Setting. Dans: Setting for health promotion: linking theory and practice. Poland, B. Green, L. & Rootman, G. (Eds). Sage Publications (Newbury Park, CA); 2000.

Machado MH, Rego S, Teixeira M. Os males da especialização médica no Brasil, *Revista Ciência Hoje*. 1997 Ago 22(130):22-30.

Machado MH. Mercado de trabalho em saúde. In: Falcão A *et.al.* (org.) Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Brasília: Fiocruz 2003.

Maciel Filho R, Pierantoni CR. O Médico e o Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil: revendo conceitos e mudanças. IN: Barros AFR, org. et.al. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

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. HSR: Health Services Research 2003; 38(3): 831-865.

Malta DC, Ferreira LM, Reis AT, Merhy EE. Mudando o Processo de Trabalho na Rede Pública: alguns resultados da experiência de Belo Horizonte. Saúde em Debate. Rio de Janeiro. 2000; 24(56): 21-34.

Mendes EV. A Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

Mendes EV. Uma Agenda para a Saúde. São Paulo: Editora HUCITEC; 1996.

Mendonça MHM. O SUS e Política de Recursos Humanos em Saúde. Rio de Janeiro, Saúde em Debate. Cebes; 2007.

Milio N. Making healthy public policy; developping the science by learning the art : an ecological framework for policy studies. Health Promotion 1987; 2 (3): 263-274.

Ministério da Saúde. Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1987.

Ministério da Saúde. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS. Informações de saúde/Demográficas e sócio-econômicas; 2008. Disponível em, <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php> - acesso em janeiro; 2008.

Ministério da Saúde. DATASUS. SISREG III. Manual do Operador Regulador. (Autorização de Procedimentos Regulados) (Procedimentos Ambulatoriais, Laudos de APAC e AIH); 2006.

Ministério da Saúde. Guia Prático do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica; 2006.

Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Atenção Básica – SIAB. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/siab/siab.htm> (acessado em jan 2008).

Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisa Mundial de Saúde/Municípios do Brasil/Atenção Básica. Rio de Janeiro: MS/Fiocruz; 2005.

Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Equipe de Saúde da Família – AMQ. 6 v. – (Serie B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Moore G, Sshowstack J. Primary Care Medicine in Crisis: Toward Reconstruction and Renewal. *Ann Intern Med.* 2003 (138):244-247. American College of Physicians–American Society of Internal Medicine. Disponível em: www.annals.org.

Naylor CD, Iron K, Handa K. Measuring Health System Performance: problems and opportunities in the era of assessment and accountability. In: *Measuring Up: improving health system performance in OECD countries.* Paris: OECD Publications Service, 2002:13-34.

Nogueira RP. Problemas de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS; 2006 Disponível em, [www.observarh.org.br/nesp/subsecoes.php?subsecao=Gestão&secao=Projetos%20e%200 Estudos](http://www.observarh.org.br/nesp/subsecoes.php?subsecao=Gest%C3%A3o&secao=Projetos%20e%200%20Estudos) - acesso em 07/10/2008.

OBSERVARHSP Observatório de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo. Recursos Humanos em Atenção Básica à Saúde e o Programa de Saúde da Família: cidade de São Paulo: 10 anos de Saúde da Família; 2006. Disponível em, http://www.observarhsp.org.br/projetos/textos/1rota_cargos_ses.html - acesso em 20/03.

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. Unidade de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Observatório de Recursos Humanos em Saúde nas Américas, 1999-2004: lições aprendidas e expectativas para o futuro. In: Barros AFR, org. et al. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde/OMS. Renovação da atenção primária nas Américas. Documento de posicionamento da Organização Pan-americana de Saúde. Washington: Pan-american Health Organization (PAHO/WHO); agosto 2005.

OPS. Planificación Local Participativa: Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe. Serie Paltex No. 41. Washington D.C; 1999.

Padilha RQ. PROMED: Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas. In: Brasil, Ministério da Saúde. Políticas de Recursos Humanos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Papoula SR. O processo de trabalho intersectorial das Equipes de Saúde da Família no município de Petrópolis-RJ: fatores restritivos e facilitadores. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz; 2006.

Pereira-Neto AF. A profissão médica em questão (1922) dimensão histórica e sociológica. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro 1995, 11 (4): 600-615.

Pierantoni CR, Varella TC, França T. Recursos Humanos e Gestão do Trabalho em Saúde: da teoria à prática. In: Barros AFR, et.al. org. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Pierantoni CR. As Reformas do Estado, da Saúde e Recursos Humanos: limites e possibilidades. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro; 2001; 6(2).

Pinto LF. Médicos e Migração: a residência em foco. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1999.

PNUD/IPEA/Fundação João Pinheiro/ IBGE IDH. Atlas de Desenvolvimento Humano. Brasília: PNUD/IPE/FJP/IBGE; 2000.

Pochmann M, Amorim R. (org.). Atlas da exclusão social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2003. 222p.

Póvoa L, Andrade MV. Distribuição Geográfica dos Médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(8): 1555-1564.

Prefeitura de Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria de Coordenação das Políticas Sociais. BH-Vida: Saúde Integral. Diretrizes para o avanço e articulação do processo assistencial na SMSA para o período 2003-2004; Belo Horizonte: PBH; 2003.

Prefeitura de Belo Horizonte. Pensar BH – Política Social. 17ª ed. Belo Horizonte; Março/Maio de 2007.

Prefeitura de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2005-2008. Belo Horizonte; 2005.

Prefeitura de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 2007. Belo Horizonte: SMS; 2008.

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte. Turci M A, org. Belo Horizonte: PBH/SMSA; 2007.

Pustai OD. O Sistema de Saúde no Brasil. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliano ERJ. Medicina ambulatorial. Porto Alegre: Artmed; 2004; pp. 69-75.

Putnam R. Comunidade e Democracia: a experiência da Itália moderna. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas; 1996.

Queiroz NR, Cirino MGW, Ferreira JM, Silva EMS, Campos RT, Gattei CA, Cardoso LFA, Reis GA, Sancho LG. Implantação do prontuário eletrônico na Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte: relato das mudanças organizacionais decorrentes da incorporação da tecnologia. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte; Prodabel - Empresa de Informática e Informação - Prefeitura Municipal de Belo Horizonte; GVC/Projeto @lis – Comunidade Européia, s/d.

Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, Paynter NP. Critical Factors for Designing Programs to Increase the Supply and Retention of Rural Primary Care Physicians. American Medical Association. JAMA. 2001 Set5; 286(9): 1041-1048.

Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa e Ministério da Saúde. Indicadores e Dados Básicos para a Saúde – IDB 2006. Disponível em, <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm> - acesso em jan e jun 2008.

Restrepo H. Conceptos y definiciones In: H. Restrepo, H. Malaga (Eds), Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable (pp. 24-33). Editorial Medica Panamericana; 2001.

Rocha S. Governabilidade e pobreza: o desafio dos números. In: Valladares L, Coelho MP. (Org.). Governabilidade e pobreza no Brasil. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995. P. 221-265.

Ruiz G. La Promoción de la Salud como orientadora de la política nacional: los casos de Argentina y Brasil. Proyecto de Doctorado. Montreal, Canadá: Universidad de Montreal; 2006.

Saltman RB, Rico A, Boerma WGW. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Berkshire: Open University Press; 2006.

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Coordenação do Programa BH Vida. BH Vida: promoção da saúde e organização dos serviços. Belo Horizonte; 2002.

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/PBH. Política Nacional de Regulação e os instrumentos regulatórios do SUS-BH. Apresentação na Oficina de Trabalho sobre Regulação. Belo Horizonte; 13 e 14 de Dezembro de 2007; 2007b.

Seixas PH, Stella RCR. Médicos e Mercado de Trabalho: experiências de interiorização, estímulos e alternativas de fixação. In: Negri B, Faria R, Viana ALdÁ, orgs. Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Editora Unicamp; 2002: 354-371.

Seixas PH. Médicos em Saúde da Família na cidade de São Paulo. 2006. Disponível em, http://www.observarhsp.org.br/projetos/textos/1rota_cargos_ses.html - acessado em 20/03.

Silva PBL, Costa NR. Características do Mercado de Trabalho no Setor de Saúde na Década de 1990: reflexões. In Negri B, Faria R, Viana ALdÁ, orgs. Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas; 2002.

Souza HM, et al. Pólos de capacitação, formação e educação permanente para o programa saúde da família. In: Brasil, Ministério da Saúde. Políticas de Recursos Humanos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Souza HM. Saúde da Família: desafios e conquistas. In: Negri B, Viana AL, organizadores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios. São Paulo: Sobravime/ Cealag; 2002: 221-240.

Starfield B, Shi L. Policy Relevant Determinants of Health: An International Perspective. *Health Policy* 2002; 60:201-218.

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.

Szwarcwald CL, Mendonça MHM, Andrade CLT. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(3):643-55.

Szwarcwald CL, Viacava F, Vasconcellos MTL, Leal MC, Azevedo LO, Queiroz RSB, et al. Pesquisa Mundial de Saúde 2003: O Brasil em Números. *RADIS/FIOCRUZ* 2004; 23:14-33.

Teixeira CF, Paim JS. Planejamento e Programação de Ações Intersetoriais para a Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. In: Teixeira CF, Paim JS, Vilasboas AL, organizadores. *Promoção e Vigilância da Saúde*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva 2002; 59-78.

Testa M. Pensamento estratégico e lógica de programação. O caso da saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora Hucites/Abrasco; 1995.

Veney JE, Kaluzny AD. Evaluation and Decision Making for Health Services. Ann Arbor Michigan: Health Administration Press; 1991

Viana AL, Dal Poz M. Reforma de saúde no Brasil. O Programa de Saúde da Família: informe final. IMS. Série Estudos em Saúde Coletiva n.166. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1998.

Viana AL, Dal Poz, M. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2008; 8(2): 11-48.

Watson DE, Broemeling AM, Reid RJ, Black C. A Results-Based Logic Model for Primary Health Care: Laying an Evidence-Based Foundation to Guide Performance Measurement, Monitoring and Evaluation. Centre for Health Services and Policy Research. Vancouver: University of British Columbia; 2004.

WHO – World Health Organization. Action on the Social Determinants of Health: Learning from previous experiences. A background paper prepared for the Commission on Social Determinants of Health. 2005; 48p.

WHO – World Health Organization. Primary Health Care. Now more than ever. The World Health Report 2008. Geneva: WHO; 2008.

WHO – World Health Organization. Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Commission on Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission of Social Determinants of Health. Draft 2005; 35p.

WHO – World Health Organization/PHAC- Public Health Agency of Canada. Health Equity Through Intersectoral Action: An Analysis of 18 Country Case Studies.

WHO/PHAC; 2008 Disponível em, <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/hetia18-esgai18/pdf/hetia18-esgai18-eng.pdf> acessado em 04.11.2008.

Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2005.

XVIII. LISTA DE TABELAS E FIGURAS

1. LISTA DE TABELAS

TABELAS CAPÍTULOS I E II

Tabela 1 – Critérios de seleção e características dos municípios caso estudados, 2007.....	31
Tabela 2 – Número de estabelecimentos, equipes e profissionais de saúde e número de famílias cadastradas por município de pesquisa.....	35
Tabela 3 – Efeito do desenho para algumas variáveis de famílias e profissionais	38
Tabela 4 – Tamanho da amostra de equipes, profissionais e famílias por município de pesquisa	39
Tabela 5 – Número de entrevistas no universo, na amostra (prevista e realizada) e percentual de perdas por tipo de questionário	43

TABELAS CAPÍTULOS III

Tabela 1 – Indicadores demográficos e socioeconômicos, Belo Horizonte (MG)	48
Tabela 2 – Famílias e pessoas residentes em domicílios particulares por número de componentes das famílias, Belo Horizonte (MG) e Brasil, 2000	49
Tabela 3 – Famílias residentes em domicílios particulares por tipo de composição familiar, Belo Horizonte (MG) e Brasil, 2000.....	49
Tabela 4 – Índice de exclusão social (IES), Belo Horizonte (MG), 2000	51
Tabela 5 – Indicadores de vulnerabilidade das pessoas responsáveis pelos domicílios particulares permanentes, Belo Horizonte (MG) e Brasil	52
Tabela 6 – Domicílios e moradores em domicílios particulares permanentes, por situação de saneamento básico, Belo Horizonte (MG) 2000	52
Tabela 7 – Características dos domicílios das famílias cadastradas pelo PSF, Belo Horizonte (MG) 2002-2007.....	53
Tabela 8 – Indicadores epidemiológicos selecionados, Belo Horizonte (MG) e Brasil, 2000-2004	55
Tabela 9 – Informações sobre condições de nascimentos, Belo Horizonte (MG) e Brasil, 2000-2004.....	56
Tabela 10 – Indicadores de morbidade, Belo Horizonte (MG) 2005.....	57
Tabela 11 – Estabelecimentos de saúde, Belo Horizonte (MG), dezembro 2007.....	58
Tabela 12 – Estabelecimentos do SUS que prestam atendimento ambulatorial por prestador, Belo Horizonte (MG), dezembro 2007	59
Tabela 13 – Estabelecimentos do SUS que prestam serviços ambulatoriais, por prestador e esfera administrativa, Belo Horizonte (MG), 2006 - 2007	59

Tabela 14 – Estabelecimentos do SUS que prestam serviços ambulatoriais por natureza, Belo Horizonte (MG), 2006 - 2007.....	60
Tabela 15 – Produção ambulatorial* do SUS, Belo Horizonte (MG), 2006 - 2007	60
Tabela 16 – Produção ambulatorial do SUS*, Belo Horizonte (MG), 2002 - 2007	62
Tabela 17 – Produção ambulatorial de atenção básica do PACS/PSF do SUS*, Belo Horizonte (MG), 2002 - 2007.....	63
Tabela 18 – Consultas médicas e procedimentos SUS por habitante per capita, Belo Horizonte (MG) e Brasil, 2002 - 2005	64
Tabela 19 – Número de profissionais de saúde por mil habitantes, Estado de Minas Gerais e Brasil, 2002 - 2005.....	64
Tabela 20 – Rede hospitalar do SUS por prestador e esfera administrativa, Belo Horizonte (MG), 2006 - 2007.....	65
Tabela 21 – Leitos vinculados ao SUS por esfera administrativa, Belo Horizonte (MG), dezembro de 2005 – 2007.....	65
Tabela 22 – Leitos hospitalares SUS, por tipo de estabelecimento e prestador, Belo Horizonte (MG), dezembro 2007	66
Tabela 23 – Proporção de internações hospitalares do SUS por especialidade, Belo Horizonte (MG), dezembro 2002 - 2005.....	66
Tabela 24 – Indicadores da atenção hospitalar SUS, Belo Horizonte (MG) e Brasil, 2002 - 2006.....	66
Tabela 25 – Tempo médio de permanência em internação hospitalar por especialidade SUS, Belo Horizonte (MG), 2002 - 2007.....	67

TABELAS CAPÍTULOS IV

Tabela 1 – A1 Caracterização do informante quanto à posição ocupada na família, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	69
Tabela 2 – A2.1 Número de famílias e moradores pesquisados, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	69
Tabela 3 – A3 Sexo do chefe de família, Belo Horizonte (MG), 2008	70
Tabela 4 – A3.1 Chefes de família segundo a faixa etária, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	71
Tabela 5 – A3C Chefes de família segundo cor ou raça, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	72
Tabela 6 – A3E* Nível de instrução dos chefes de família, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	73
Tabela 7 – A4A1 Principal fonte de renda dos chefes de família, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	73
Tabela 8 – A4B1 Chefes de família empregados do setor público, privado ou trabalhadores domésticos segundo a formalização do vínculo de trabalho, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	74

Tabela 9 – A5.1 Renda familiar mensal, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	75
Tabela 10 – Quadro síntese das principais características de vulnerabilidade dos chefes de famílias, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	75
Tabela 11 – A3A Moradores segundo o sexo, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	76
Tabela 12 – A3.2. Moradores segundo a faixa etária, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	77
Tabela 13 – A3E* Nível de instrução dos moradores com dez anos e mais de idade. Belo Horizonte (MG), 2008.....	78
Tabela 14 – A4A Principal fonte de renda dos moradores, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	78
Tabela 15 – A4B Moradores empregados do setor público, privado ou trabalhadores domésticos segundo a formalização do vínculo de trabalho, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	79
Tabela 16 – A6 Famílias com integrantes que recebem aposentadoria, pensão ou benefícios do governo, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	79
Tabela 17 – A7 Tipos de benefícios recebidos por integrantes das famílias, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	79
Tabela 18 – A8 Famílias com integrantes portadores de plano privado/seguro de saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	80
Tabela 19 – Quadro síntese das principais características de vulnerabilidade dos moradores, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	80
Tabela 20 – B1 Domicílios cadastrados segundo tipo de construção predominante, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	81
Tabela 21 – B2.1 Domicílios cadastrados segundo número de cômodos, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	81
Tabela 22 – B3A Quantidade de cômodos que estão servindo de dormitório, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	82
Tabela 23 – B3B Quantidade de cômodos que estão servindo de banheiro interno, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	82
Tabela 24 – B3C Quantidade de cômodos que estão servindo de cozinha, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	82
Tabela 25 – B4 Domicílios segundo ligação à rede geral de abastecimento de água, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	83
Tabela 26 – B5 Domicílio segundo abastecimento de energia elétrica, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	83
Tabela 27 – B6 Domicílios segundo ligação à rede geral de esgoto, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	83
Tabela 28 – B7 Domicílios segundo o tipo de esgotamento sanitário utilizado na casa, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	83
Tabela 29 – B8 Domicílios segundo tipo de coleta de lixo, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	84

Tabela 30 – B9 Domicílios com outra forma de destino do lixo, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	84
Tabela 31 – Quadro síntese das principais características de vulnerabilidade habitacional, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte, 2008.....	85
Tabela 32 – Distribuição de serviços públicos de saneamento básico nos domicílios pesquisados e no total de domicílios (em %), Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte, 2008.....	86
Tabela 33 – B10 Domicílios segundo tipos de equipamentos domésticos existentes, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	87
Tabela 34 – B10B Tipos de equipamentos domésticos existentes na casa, Belo Horizonte (MG), 2008...	87
Tabela 35 – P1 Ocorrência frequente de casos de violência na comunidade segundo a percepção das famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	88
Tabela 36 – P2 Tipos de violência ou acidentes mais comuns ocorridos na comunidade segundo a percepção das famílias cadastradas, Belo Horizonte (MG), 2008	88
Tabela 37 – P3 Situação de violência ou acidente sofridos pelas famílias cadastradas nos últimos 12 meses, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	89
Tabela 38 – P4.1 Pessoas com experiência de situação de violência ou acidente nos últimos doze meses, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	89
Tabela 39 – P5.1 Episódios de violência ou acidente com moradores nos últimos 12 meses, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	90
Tabela 40 – P6A Tipos de episódios de violência ou acidentes com moradores nos últimos doze meses, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	91
Tabela 41 – P6B Existência de ferimento em episódio de violência ou acidente com moradores nos últimos doze meses, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	91
Tabela 42 – P6C Serviço de saúde procurado em episódio de violência ou acidente com morador nos últimos doze meses, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	92
Tabela 43 – Quadro síntese de episódios de violência ou acidentes e procura de serviços de saúde envolvendo moradores pesquisados nos últimos doze meses, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	93

TABELAS CAPÍTULOS V

Tabela 1 – Implantação das ESFs, cobertura do PSF e PACS no município de Belo Horizonte (MG), 2000 a 2007	103
Tabela 2 – C1 Número de equipes de saúde da família na unidade de saúde informado por gestores e profissionais de saúde, Belo Horizonte (MG), 2008	107
Tabela 3 – C2 Horário de funcionamento da USF informado pelos médicos e enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008.....	108
Tabela 4 – C22 Adequação do espaço físico da USF à realização do trabalho em equipe, conforme Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares/ Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	109
Tabela 5 – C19 Avaliação do espaço físico da unidade segundo médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família Belo Horizonte (MG), 2008.....	110

Tabela 6 – D6 – Existência de coleta de material para exames de laboratório na USF informada por médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	111
Tabela 7 – Indicadores municipais de financiamento do SUS, Belo Horizonte (MG), 2002-2007	126
Tabela 8 – Composição dos gastos totais do SUS municipal por tipo de despesa (%), Belo Horizonte (MG), 2002-2007.....	127
Tabela 9 – Atenção Básica – Receitas realizadas por administração direta do município de Belo Horizonte (MG) (Valores correntes em R\$ 1,00).....	129

TABELAS CAPÍTULOS VI

Tabela 1 – A1 Médicos e Enfermeiros, segundo sexo, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	140
Tabela 2 – A1 Agentes Comunitários de Saúde, segundo sexo, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	141
Tabela 3 – A1 Auxiliares/ técnicos de enfermagem, segundo sexo, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	141
Tabela 4 – A2 Idade dos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	141
Tabela 5 – A2 Médicos e Enfermeiros, segundo faixa etária, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	142
Tabela 6 – A2 Idade dos Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	142
Tabela 7 – A2 Idade dos auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	142
Tabela 8 – A4 Médicos e Enfermeiros, segundo pós-graduação, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	143
Tabela 9 – A3 Agentes Comunitários de Saúde, segundo escolaridade, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	144
Tabela 10 – A4 Prática de estudo dos Agentes Comunitários de Saúde atualmente, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	144
Tabela 11 – A4.1 Série/curso atualmente frequentado por Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	144
Tabela 12 – A4.2 Tempo em que os Agentes Comunitários de Saúde pararam de estudar, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	145
Tabela 13 – A3 Auxiliares/ técnicos de enfermagem, segundo escolaridade, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	145
Tabela 14 – A4 Prática de estudo dos Auxiliares/técnicos de enfermagem atualmente, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	145
Tabela 15 – A4.1 Série/curso atualmente frequentado por Auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	145

Tabela 16 – A4.2 Tempo em que os Auxiliares/ técnicos de enfermagem pararam de estudar, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	146
Tabela 17 – A5 Tempo que completou o curso de Auxiliar/ técnico (Anos) dos auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	146
Tabela 18 – A4 IIa Primeiro curso de especialização concluído informado pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	147
Tabela 19 – A4IIB Tempo de conclusão do primeiro curso de especialização dos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	147
Tabela 20 – A4IIC Segundo curso de especialização concluído informado pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	148
Tabela 21 – A4IID Tempo de conclusão do segundo curso de especialização informado pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	148
Tabela 22 – A4IIIA Primeira Residência completa informada pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	149
Tabela 23 – A4IIIB Tempo do primeiro curso de residência informado pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	149
Tabela 24 – A4IIIC Segunda residência completa informada pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	149
Tabela 25 – A4IIID Tempo de conclusão do segundo curso de residência informado pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	150
Tabela 26 – A4IVA Mestrado completo informado pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	150
Tabela 27 – A4IVB Tempo de conclusão do curso de mestrado informado pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	150
Tabela 28 – A5 Realização de curso de especialização com enfoque em Saúde da Família pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008'.....	151
Tabela 29 – A6 Título de especialista em medicina de família e comunidade, segundo Médicos, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	151
Tabela 30 – A7 Experiência anterior em trabalho no PSF de Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	152
Tabela 31 – A6 Experiência anterior em trabalho no PSF dos Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	152
Tabela 32 – A6 Experiência anterior em trabalho no PSF de Auxiliares/técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	152
Tabela 33 – A7 Experiência anterior dos Agentes Comunitários de Saúde em atividade comunitária, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	153
Tabela 34 – A7.1 Tempo em que os Agentes Comunitários de Saúde realizaram outro tipo de atividade comunitária, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	153
Tabela 35 – A7.1.2 Tipo de atividade comunitária realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	153

Tabela 36 – E14 Participação em organização de representação da categoria profissional informada pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	154
Tabela 37 – E14 Participação em organização de representação da categoria profissional informada pelos Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	154
Tabela 38 – E14 Participação organização de representação da categoria profissional informada pelos Auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	155
Tabela 39 – E14AUX Organização de representação da categoria profissional no qual participa informado pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	155
Tabela 40 – E14.1 Organização de representação da categoria profissional na qual participa informada pelos Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	155
Tabela 41 – E14 AUX Organização de representação da categoria profissional na qual participa informada pelos Auxiliares/técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	156
Tabela 42 – B6 Mecanismos de seleção, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	160
Tabela 43 – B5 Mecanismos de seleção, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	161
Tabela 44 – B7 Mecanismos de seleção, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	161
Tabela 45 – B4 Formas de ingresso na Estratégia Saúde da Família, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Belo Horizonte (MG), 2008.....	162
Tabela 46 – B6 Forma de ingresso na Estratégia Saúde da Família, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008.....	162
Tabela 47 – B7 Vínculo de trabalho, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	163
Tabela 48 – B6 Vínculo de trabalho, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	163
Tabela 49 – B8 Vínculo de trabalho, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	163
Tabela 50 – B8 Forma de contrato de trabalho, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	164
Tabela 51 – B7 Forma de contrato de trabalho, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	165
Tabela 52 – B9 Forma de contrato de trabalho, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	165
Tabela 53 – Quadro de profissionais da atenção básica, Município de Belo Horizonte, 2007.....	167
Tabela 54 – Quadro de pessoal da Estratégia Saúde da Família, Município de Belo Horizonte, 2008	168
Tabela 55 – ESF, ESB e equipes PACS implantadas e incompletas, Município de Belo Horizonte, 2008	169

Tabela 56 – B3 Motivos da escolha por trabalhar na Estratégia Saúde da Família, segundo Médicos e Enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008.....	171
Tabela 57 – B3 Motivo da escolha por trabalhar na Estratégia Saúde da Família, segundo os Agentes Comunitários de Saúde, Belo Horizonte (MG), 2008	172
Tabela 58 – B5 Motivos da escolha por trabalhar na Estratégia Saúde da Família, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008.....	172
Tabela 59 – B4 Trabalho anterior à Estratégia Saúde da Família na Secretaria Municipal de Saúde deste município, segundo Médicos e Enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008	173
Tabela 60 – B3 Trabalho anterior à Estratégia Saúde da Família na Secretaria Municipal de Saúde deste município, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008	173
Tabela 61 – B5 Local de trabalho na SMSA deste município antes de ingressar na Estratégia Saúde da Família, segundo Médicos e Enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008	174
Tabela 62 – B4 Local de trabalho na SMSA deste município antes de ingressar na Estratégia Saúde da Família, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008.....	174
Tabela 63 – B9 Carga horária semanal na Estratégia da Família, segundo Médicos e Enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008.....	175
Tabela 64 – B8 Carga horária semanal na Estratégia Saúde da Família, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Belo Horizonte (MG), 2008.....	175
Tabela 65 – B10 Carga horária semanal na Estratégia Saúde da Família, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008	176
Tabela 66 – Remuneração dos servidores com jornada de 40 horas com gratificação, Secretaria Municipal de Saúde, Belo Horizonte, 2008	177
Tabela 67 – B10 Remuneração bruta total, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	178
Tabela 68 – B10 Remuneração bruta total, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	178
Tabela 69 – B11 Remuneração bruta total, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	179
Tabela 70 – B11 Existência de alguma forma de benefício ou complementação salarial para atuação na Estratégia Saúde da Família, segundo Médicos e Enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008.....	179
Tabela 71 – B11 Existência de alguma forma de benefício ou complementação salarial para atuação na Estratégia Saúde da Família, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Belo Horizonte (MG), 2008....	179
Tabela 72 – B12 Existência de alguma forma de benefício ou complementação salarial para atuação na Estratégia Saúde da Família, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008	180
Tabela 73 – B12 Tipo de benefício ou complementação salarial recebida para atuação na Estratégia Saúde da Família, segundo Médicos e Enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008	180
Tabela 74 – B12 Tipo de benefício ou complementação salarial para atuação na Estratégia Saúde da Família, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Belo Horizonte (MG), 2008	180
Tabela 75 – B13 Tipo de benefício ou complementação salarial para atuação na Estratégia Saúde da Família, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008.....	180

Tabela 76 – B13 Opinião sobre a compatibilidade da remuneração com as atribuições, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	181
Tabela 77 – B13 Opinião sobre a compatibilidade da remuneração com as atribuições, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	182
Tabela 78 – B14 Opinião sobre a compatibilidade da remuneração com as atribuições, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	182
Tabela 79 – B14 Existência de outro vínculo de trabalho, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	183
Tabela 80 – B15 Existência de outro vínculo de trabalho, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	183
Tabela 81 – B14 AUX Carga horária semanal do outro vínculo de trabalho, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	183
Tabela 82 – B15 AUX Carga horária semanal do segundo vínculo de trabalho dos Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	184
Tabela 83 – B15 Local do segundo vínculo de trabalho, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	184
Tabela 84 – B16 Local do segundo vínculo de trabalho dos Auxiliares/Técnicos de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	184
Tabela 85 – B1 Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família neste município dos Médicos e Enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008	189
Tabela 86 – B1 Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família neste município dos Agentes Comunitários neste município, Belo Horizonte (MG), 2008	189
Tabela 87 – B1 Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família neste município dos Auxiliares/técnicos em Enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008	189
Tabela 88 – B2 Atuação na Estratégia Saúde da Família deste município dos Médicos e Enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008	190
Tabela 89 – B2 Atuação na Estratégia Saúde da Família deste município dos Agentes Comunitários de Saúde, Belo Horizonte (MG), 2008	190
Tabela 90 – B2 Atuação Estratégia Saúde da Família deste município dos auxiliares/ técnicos de enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008	191
Tabela 91 – B18 Razões para a insatisfação e rotatividade na Estratégia Saúde da Família dos Médicos e Enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008	192
Tabela 92 – B16 Percepção sobre incentivo do município à formação, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	198
Tabela 93 – B17 Tipo de incentivos à formação recebidos, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	198
Tabela 94 – B19 Capacitação necessária para exercer a atual atividade, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família Belo Horizonte (MG), 2008	199
Tabela 95 – B17 Capacitação necessária para exercer a atual atividade, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	200

Tabela 96 – Quadro de participantes do curso introdutório e carga horária, ESF, Município de Belo Horizonte, 2008.....	200
Tabela 97 – B14 Participação em curso introdutório antes de ingressar na Estratégia Saúde da Família, segundo Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008.....	201
Tabela 98 – B15 Opinião dos Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares/Técnicos de Enfermagem sobre se o curso introdutório mostrou-se suficiente para execução das funções na Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	201
Tabela 99 – B16 Motivos alegados pelos Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares/Técnicos de Enfermagem para considerarem o curso introdutório insuficiente para execução das funções na Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	202
Tabela 100 – B17 Participação em algum outro curso com enfoque em Saúde da Família, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	202
Tabela 101 – B21 Participação em algum outro curso com enfoque em Saúde da Família, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008	202
Tabela 102 – B21 Capacitação recebida, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família Belo Horizonte (MG), 2008	203
Tabela 103 – B21 Treinamento da equipe de saúde da família para coleta e análise de dados do SIAB, segundo pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	204
Tabela 104 – B23 Treinamento da equipe de saúde da família para coleta e análise de dados do SIAB, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008....	204
Tabela 105 – B26 Treinamento da equipe de saúde da família para coleta e análise de dados do SIAB, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família Belo Horizonte (MG), 2008	204
Tabela 106 – B18 Tipos de ações de educação permanente das quais participam, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	205
Tabela 107 – B22 Tipos de ações de educação permanente das quais participam, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	205
Tabela 108 – B20 Obrigatoriedade de participação em atividades de educação permanente, segundo os Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	206
Tabela 109 – B24 Obrigatoriedade de participação em atividades de educação permanente, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	206
Tabela 110 – B19 B23 Responsáveis pela definição dos temas abordados na educação permanente, segundo Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares/Técnicos de Enfermagem Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	206
Tabela 111 – C14 Existência de supervisão da equipe de saúde da família informado pelos Médicos e Enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008.....	209
Tabela 112 – C17 Existência de supervisão da equipe de saúde da família informado pelos Agentes Comunitários de Saúde, Belo Horizonte (MG), 2008	209
Tabela 113 – C17 Existência de supervisão da equipe de saúde da família informado pelos Auxiliares/ técnicos de enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008	209

Tabela 114 – C15 Forma de supervisão da equipe de saúde da família informado pelos Médicos e Enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008.....	210
Tabela 115 – C18 Forma de supervisão da equipe de saúde da família informado pelos Agentes Comunitários de Saúde, Belo Horizonte (MG), 2008	210
Tabela 116 – C18 Forma de supervisão da equipe de saúde da família informado pelos Auxiliares/técnicos de enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008	210
Tabela 117 – C16 Periodicidade da supervisão informada pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	211
Tabela 118 – C20 Periodicidade da supervisão informada pelos Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	212
Tabela 119 – C20 Periodicidade da supervisão informada pelos Auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	212
Tabela 120 – C17 Profissional responsável pela supervisão informado pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	213
Tabela 121 – C19 Profissional responsável pela supervisão informado pelos Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	213
Tabela 122 – C19 Profissional responsável pela supervisão informado pelos Auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família Belo Horizonte (MG), 2008	214
Tabela 123 – C18 Foco da supervisão da equipe de saúde da família, segundo Médicos e Enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008	215
Tabela 124 – C21 Ações possibilitadas pela supervisão informadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	216
Tabela 125 – C21 Ações possibilitadas pela supervisão informadas pelos Auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	217
Tabela 126 – C3 Existência de coordenador da equipe de Saúde da Família informada pelos Médicos e Enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008.....	220
Tabela 127 – C3 Existência de coordenador da equipe de Saúde da Família informada pelos agentes comunitários de saúde, Belo Horizonte (MG), 2008.....	220
Tabela 128 – C3 Existência de coordenador da equipe de Saúde da Família informada pelos auxiliares/ técnicos de enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008.....	220
Tabela 129 – C4 Profissional coordenador da equipe de saúde da família, informado pelos Médicos e Enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008.....	221
Tabela 130 – C4 Profissional coordenador da equipe de saúde da família, informado pelos Agentes Comunitários de Saúde, Belo Horizonte (MG), 2008	221
Tabela 131 – C4 Profissional coordenador da equipe de saúde da família informado pelos Auxiliares/ técnicos de enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008	221
Tabela 132 – C12 Avaliação do trabalho em equipe, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008 - Total.....	223
Tabela 133 – C15 Avaliação do trabalho em equipe, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	224

Tabela 134 – C15 Avaliação do trabalho em equipe, segundo Auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008 224

Tabela 135 – C16 Frequência de ocorrências que dificultam o desempenho das atividades da equipe de saúde da família em sua microárea informada pelos Agentes Comunitários de saúde, Belo Horizonte (MG), 2008..... 227

Tabela 136 – C16 Frequência de ocorrências que dificultam o desempenho das atividades da equipe de saúde da família em sua microárea informada pelos Auxiliares/ técnicos de enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008..... 228

TABELAS CAPÍTULOS VII

Tabela 1 – C5 Instrumentos que orientam a programação das ações da ESF informados pelos médicos e enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008 250

Tabela 2 – C5 Instrumentos que orientam a programação das ações da ESF informados pelos ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008 251

Tabela 3 – C6 Profissionais que participam regularmente da programação de ações da ESF, informados pelos médicos e enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008 252

Tabela 4 – C6 Profissionais que participam regularmente da programação de ações da ESF, informados pelos ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008..... 252

Tabela 5 – C7 Periodicidade da programação das atividades da ESF informada pelos médicos e enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008 253

Tabela 6 – C7 Periodicidade da programação das atividades da ESF informada pelos ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008 253

Tabela 7 – C8 Uso dos dados do SIAB pela equipe, informado pelos médicos e enfermeiros, ESF, Belo Horizonte (MG), 2008..... 254

Tabela 8 – C8 Uso dos dados do SIAB pela equipe, informado pelos ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem, ESF, Belo Horizonte (MG), 2008..... 254

Tabela 9 – C14 Instrumentos utilizados pelos ACS para facilitar o trabalho e frequência de uso, Belo Horizonte (MG), 2008..... 256

Tabela 10 – C14 Instrumentos utilizados pelos auxiliares/ técnicos de enfermagem para facilitar o trabalho e frequência de uso, Belo Horizonte (MG), 2008..... 257

Tabela 11 – C9 Estabelecimento de prioridades no atendimento da população cadastrada informado pelos médicos e enfermeiros, ESF, Belo Horizonte (MG), 2008..... 258

Tabela 12 – C9 Estabelecimento de prioridades no atendimento da população cadastrada informado pelos ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008 .. 258

Tabela 13 – C10 Ações prioritárias das equipes de Saúde da Família informadas pelos médicos e enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008 259

Tabela 14 –C10 Ações prioritárias das equipes de Saúde da Família informadas pelos ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008 260

Tabela 15 – C11 Frequência de realização de atividades informada pelos médicos ESF, Belo Horizonte (MG), 2008..... 263

Tabela 16 – C11 Frequência de realização de atividades informada pelos enfermeiros, ESF, Belo Horizonte (MG), 2008.....	264
Tabela 17 – C11 Frequência de realização de atividades informada pelos médicos e enfermeiros, ESF, Belo Horizonte (MG), 2008	265
Tabela 18 – C11 Frequência de realização de atividades informada pelos agentes comunitários de saúde, ESF, Belo Horizonte (MG), 2008.....	267
Tabela 19 – C11 Frequência de realização de atividades informada pelos auxiliares/ técnicos de enfermagem, ESF, Belo Horizonte (MG), 2008.....	270
Tabela 20 – C13 Frequência de visitas domiciliares a cada família informada pelos agentes comunitários de saúde, Belo Horizonte (MG), 2008.....	272
Tabela 21 – C12 Realização de visita domiciliar em conjunto com os outros profissionais informada pelos auxiliares/ técnicos de enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008	272
Tabela 22 – C13 Profissionais que acompanham nas visitas domiciliares informado pelos auxiliares/ técnicos de enfermagem, Belo Horizonte (MG), 2008	273
Tabela 23 – D18 A implantação do PSF mudou a relação entre os serviços e a população, informado pelos médicos e enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008.....	273
Tabela 24 – D19 Valorização pela população dos procedimentos introduzidos pelo PSF informada por médicos, ESF, Belo Horizonte (MG), 2008	274
Tabela 25 – D19 Valorização pela população dos procedimentos introduzidos pelo PSF informada por enfermeiros, ESF, Belo Horizonte (MG), 2008.....	274
Tabela 26 – D19 Valorização pela população dos procedimentos introduzidos pelo PSF informada pelos médicos e enfermeiros, ESF, Belo Horizonte (MG), 2008 - Total	275
Tabela 27 – D20 Relação da ESF com a população que atende, segundo médicos e enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008.....	276
Tabela 28 – D4 ACS procura a família do usuário para discutir seu problema de saúde, Belo Horizonte (MG), 2008.....	276
Tabela 29 – D6 Interferência da condição de morador da comunidade nas atividades dos agentes comunitários de saúde, Belo Horizonte (MG), 2008.....	277

TABELAS CAPÍTULOS VIII

Tabela 1 – C1 Conhecimento espontâneo do Programa de Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	279
Tabela 2 – C2 Informantes que reconheceram o PSF após leitura de texto, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	280
Tabela 3 – C3 Forma como tomaram conhecimento do Programa de Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	280
Tabela 4 – C4 Conhecimento do local de funcionamento do Programa de Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	281
Tabela 5 – C5 Facilidade de acesso ao atual local de funcionamento do Programa de Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	281

Tabela 6 – C6 Meio de transporte utilizado para chegar no local funcionamento do Programa de Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	281
Tabela 7 – C7 Domicílio cadastrado na Unidade de Saúde da Família, segundo conhecimento do entrevistado, Belo Horizonte (MG), 2008	282
Tabela 8 – E7 Experiência das famílias de atendimento pela Equipe de Saúde da Família na USF ou domicílio, Belo Horizonte (MG), 2008	282
Tabela 9 – E8 Profissionais da Equipe de Saúde da Família que realizaram atendimentos às famílias, Belo Horizonte (MG), 2008.....	283
Tabela 10 – E9 Visita domiciliar do médico ou enfermeiro da Equipe de Saúde da Família nos últimos 30 dias, Belo Horizonte (MG), 2008	283
Tabela 11 – E10 Profissional da equipe de Saúde da Família que realizou visita domiciliar nos últimos 30 dias, Belo Horizonte (MG), 2008	283
Tabela 12 – E11 Entrevistados que receberam atendimento nos últimos 30 dias por profissional da Equipe de Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	284
Tabela 13 – E12 Profissional da equipe de Saúde da Família que atendeu o entrevistado nos últimos 30 dias, Belo Horizonte (MG), 2008	284
Tabela 14 – E13 Local de atendimento do entrevistado por profissional da Equipe de Saúde da Família nos últimos 30 dias, Belo Horizonte (MG), 2008.....	285
Tabela 15 – E14 Motivo de atendimento do entrevistado por profissional da equipe de Saúde da Família nos últimos 30 dias, Belo Horizonte (MG), 2008.....	285
Tabela 16 – E14i Outros motivos de atendimento do entrevistado por profissional da Equipe de Saúde da Família nos últimos 30 dias, Belo Horizonte (MG), 2008.....	286
Tabela 17 – G1 Conhecimento do Agente Comunitário de Saúde da área de moradia, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	286
Tabela 18 – G2 Atendimento ou visita do Agente Comunitário de Saúde da área de moradia, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	287

TABELAS CAPÍTULOS IX

Tabela 1 D1a – Avaliação dos profissionais quanto ao atendimento da demanda espontânea pela Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	293
Tabela 2 D1b – Avaliação dos profissionais quanto a alguns aspectos do acesso à Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	294
Tabela 3 D1c – Avaliação dos profissionais quanto à posição da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial, Belo Horizonte (MG), 2008	295
Tabela 4 – D10 Procura do mesmo serviço de saúde para assistência ou prevenção de saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	296
Tabela 5 – D11 Serviço de saúde geralmente procurado para assistência ou prevenção, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	296
Tabela 6 – D3 Famílias com integrantes que adoeceram nos últimos 30 dias, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	297

Tabela 7 – D4 Gravidade do episódio de doença dos moradores nos últimos 30 dias, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	297
Tabela 8 – D5 Estado de saúde atual dos moradores que adoeceram nos últimos 30 dias, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	297
Tabela 9 – D6 Procura de atendimento por moradores que adoeceram nos últimos 30 dias, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	297
Tabela 10 – D8, D9 Número de serviços de saúde procurados para receber atendimento, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	298
Tabela 11 – D7 Moradores que adoeceram nos últimos 30 dias quanto ao serviço de saúde em que foi atendido, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	298
Tabela 12 – D1 Iniciativa das famílias diante de mal-estar ou adoecimento, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	299
Tabela 13 – D2 Iniciativas diante de adoecimento ou mal-estar à noite ou nos fins de semana, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	299
Tabela 14 – D1 A avaliação quanto à posição da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial segundo Médicos, Belo Horizonte (MG), 2008.....	301
Tabela 15 – D1 A avaliação quanto à posição da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial segundo Enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008.....	303
Tabela 16 – D1 A avaliação quanto à posição da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial segundo Médicos e Enfermeiros, Belo Horizonte (MG), 2008	305
Tabela 17 – D1 A avaliação quanto à posição da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial segundo Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	307
Tabela 18 – D1 A avaliação quanto à posição da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial segundo auxiliares em enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	308

TABELAS CAPÍTULOS X

Tabela 1 – D2 Percurso mais comum quando um paciente é atendido na unidade básica de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, informado por médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	321
Tabela 2 – E27 Modo de encaminhamento do paciente para consulta com especialista nos últimos doze meses, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	322
Tabela 3 – D7 D8 Frequência de uso de normas e procedimentos para referência informada por Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	323
Tabela 4 – E20 Fornecimento de informações por escrito pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família no encaminhamento ao especialista segundo famílias cadastradas, Belo Horizonte (MG), 2008.....	323
Tabela 5 E21 Contrarreferência dos especialistas para Equipe de Saúde da Família segundo famílias cadastradas, Belo Horizonte (MG), 2008	324
Tabela 6 – D9 Existência de uma central de marcação de consultas especializadas informado pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	324
Tabela 7 – D15 Frequência com que conseguem realizar o agendamento para outros serviços segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	325

Tabela 8 – D15 Frequência com que conseguem realizar o agendamento para outros serviços segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008 – Total.....	326
Tabela 9 – D16 Tempo médio de espera do paciente referenciado para os outros níveis de complexidade estimado por Médicos, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	327
Tabela 10 – D16 Tempo médio de espera do paciente referenciado para os outros níveis de complexidade estimado por Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	327
Tabela 11 – D16 Tempo médio de espera do paciente referenciado para os outros níveis de complexidade estimado por Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família Belo Horizonte (MG), 2008 - TOTAL	327
Tabela 12 – E19 Resolutividade do atendimento e necessidade de encaminhamento para especialista segundo famílias cadastradas, Estratégia Saúde de Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	328
Tabela 13 – E22 Necessidade de encaminhamento para outro serviço de saúde ou outro profissional em atendimento feito por médico da Equipe de Saúde da Família nos últimos trinta dias segundo famílias cadastradas, Belo Horizonte (MG), 2008	328
Tabela 14 – E23 Motivos do encaminhamento pelo médico da Equipe de Saúde da Família nos últimos trinta dias segundo famílias cadastradas, Belo Horizonte (MG), 2008	329
Tabela 15 – E24 Consulta do entrevistado com especialista nos últimos doze meses, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	329
Tabela 16– E25 Encaminhamento para consulta com especialista realizado por Equipe de Saúde da Família nos últimos doze meses segundo entrevistados, Belo Horizonte (MG), 2008.....	329
Tabela 17 – E26 Tipo de serviço de saúde para o qual o entrevistado foi encaminhado ou consultou com especialista nos últimos doze meses, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	330
Tabela 18 – E28 Usuários que conseguiram ser atendidos pelo especialista a partir de encaminhamento realizado nos últimos doze meses, Belo Horizonte (MG), 2008	330
Tabela 19 – E29 Intervalo de tempo transcorrido entre encaminhamento pela Equipe de Saúde da Família e realização da consulta por especialista, Belo Horizonte (MG), 2008	331
Tabela 20 – D3 Tipos de exame que podem ser solicitados pelos profissionais de saúde da família segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	336
Tabela 21 – D5 Existência de normas definidas para solicitação de exames laboratoriais informada por Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	337
Tabela 22 – D6 Existência de coleta de material para exames de laboratório na UBS informada pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008 - Total	337
Tabela 23 – F1 Acesso a exames em atendimento realizado pela Equipe de Saúde da Família segundo famílias cadastradas, Belo Horizonte (MG), 2008	338
Tabela 24 – F2 Local de coleta de exames de análises clínicas após atendimento pela Equipe de Saúde da Família segundo famílias cadastradas, Belo Horizonte (MG), 2008	338
Tabela 25 – F3 Conhecimento dos resultados dos exames realizados pelas famílias, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	339
Tabela 26 – F4 Existência de consulta de retorno com o médico após recebimento do resultado dos exames segundo famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	339

Tabela 27 – F5 Forma de agendamento de exames realizados pelo entrevistado nos últimos doze meses segundo famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	340
Tabela 28 – F6 Necessidade de realização de algum exame solicitado pelo médico do PSF nos últimos doze meses pelo entrevistado, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	340
Tabela 29 – F7 Realização dos exames solicitados pelo médico do PSF nos últimos doze meses pelo entrevistado, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	341
Tabela 30 – F8 Intervalo de tempo transcorrido entre solicitação e realização dos exames segundo entrevistados, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	341
Tabela 31 – F9 Intervalo de tempo transcorrido entre realização dos exames solicitados pelo médico do PSF e recebimento dos resultados segundo entrevistados, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	342
Tabela 32 – C13 Desempenho da equipe quanto à atenção integral prestada à população segundo médicos, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	350
Tabela 33 – C13 Desempenho da equipe quanto à atenção integral prestada à população segundo Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	351
Tabela 34 – C13 Desempenho da equipe quanto à atenção integral prestada à população segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008 – TOTAL.....	353
Tabela 35 – E30 Acesso a medicamentos em atendimento realizado pela Equipe de Saúde da Família segundo famílias cadastradas, Belo Horizonte (MG), 2008	354
Tabela 36 – D1 Avaliação dos profissionais da ESF quanto à integração da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial, Belo Horizonte, 2008.....	358
Tabela 37 – D21 Principais problemas para a integração da rede de serviços segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	359

TABELAS CAPÍTULOS XI

Tabela 1 – D4 Existência de normas para transferência de informações sobre pacientes entre os níveis de atenção informada pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	369
Tabela 2 – D10 Ações para continuidade informacional e estratégias de coordenação, segundo Médicos, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	371
Tabela 3 – D10 Ações para continuidade informacional e estratégias de coordenação, segundo Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	372
Tabela 4 – D10 Ações para continuidade informacional e estratégias de coordenação, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008 – TOTAL	373
Tabela 5 – D11 Forma de organização dos prontuários informada pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	373
Tabela 6 – D12 Anotações sobre a saúde do usuário após cada consulta pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	374
Tabela 7 – D13 Frequência com que utiliza o prontuário de saúde para fazer anotações após cada consulta pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	374

Tabela 8 – D3 Realização de anotações sobre a saúde do usuário após a realização de procedimentos/atividades de saúde informada pelos auxiliares/técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	375
Tabela 9 – D2 Relato dos atendimentos domiciliares no prontuário de saúde dos usuários informado pelos auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	375
Tabela 10 – D2 Relato de visitas domiciliares no prontuário de saúde do usuário, segundo os Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	375
Tabela 11 – D3 Relato sobre a saúde do usuário após visitas domiciliares feito pelos Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	376
Tabela 12 – D22 Avaliação dos esforços para coordenação dos cuidados por Médicos, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	377
Tabela 13 – D22 Avaliação dos esforços para coordenação dos cuidados por Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	378
Tabela 14 – D22 Avaliação dos esforços para coordenação dos cuidados por Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	378

TABELAS CAPÍTULOS XII

Tabela 1 – E1 Diagnóstico da situação de saúde da comunidade pelas ESFs nos últimos cinco anos, segundo as famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	403
Tabela 2 – E2 Participação das famílias cadastradas na elaboração do diagnóstico da situação de saúde na comunidade pelas ESFs, segundo famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	404
Tabela 3 – E3 Conhecimento dos problemas de saúde mais importantes da comunidade pelas ESFs, segundo famílias cadastradas, Belo Horizonte (MG), 2008	404
Tabela 4 – D14 Indagação sobre fatores de risco social ou condições de vida do usuário durante a consulta pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	405
Tabela 5 – D5 Indagação sobre fatores de risco social ou condições de vida do usuário durante a visita domiciliar pelo ACS e durante a realização de procedimentos pelos auxiliares/técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	405
Tabela 6 – B20 Capacitação para atuar considerando a diversidade sociocultural da comunidade informada pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	406
Tabela 7 – B22 B25 Capacitação para atuar considerando a diversidade sociocultural da sociedade informado pelos agentes comunitários de saúde e auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	407
Tabela 8 – E1 Existência de trabalho em conjunto com outras instituições, organizações ou grupos da comunidade para realização de ações intersetoriais informada pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	407
Tabela 9 – E1 Existência de trabalho em conjunto com outras instituições, organizações ou grupos da comunidade para realização de ações intersetoriais, informada por ACSs e auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	408
Tabela 10 – E2 Participação em atividades voltadas para solução/ encaminhamento de problemas da comunidade junto de outros órgãos públicos ou entidades da sociedade informada pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	408

Tabela 11 – E2 Participação em atividades voltadas para solução/ encaminhamento de problemas da comunidade junto de outros órgãos públicos ou entidades da sociedade informada pelos agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	409
Tabela 12 – E3 Tipos de órgãos públicos ou entidades da sociedade com os quais realiza atividades, informados pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	409
Tabela 13 – E3 Tipos de órgãos públicos ou entidades da sociedade com os quais realiza atividades, informados pelos agentes comunitários de saúde e auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	410
Tabela 14 – E4 Entidades ou órgãos com os quais a ESF deve relacionar-se para resolução de problemas da comunidade informados pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	411
Tabela 15 – E4 Entidades ou órgãos com os quais a ESF deve relacionar-se para resolução de problemas da comunidade informados pelos auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	411
Tabela 16 – E5 Execução de ações pela ESF em sua área de atuação em parceria ou com participação informal de ONGs, associações, conselhos, igrejas e movimentos sociais informados pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	412
Tabela 17 – E5 Execução de ações pela ESF em sua área de atuação em parceria ou com participação informal de ONGs, associações, conselhos, igrejas e movimentos sociais informados por ACSs e auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	412
Tabela 18 – G8 Convite pelo agente comunitário de saúde a participar de reuniões ou atividades relativas a problemas do bairro/comunidade nos últimos 12 meses, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	413
Tabela 19 – G9 Assuntos das reuniões ou atividades na comunidade, segundo famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	414
Tabela 20 – E4 Conhecimento da organização de reuniões pela Equipe de Saúde da Família com a comunidade para discutir os problemas do bairro, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	414
Tabela 21 – E5 Participação de algum membro da família em reuniões organizadas pela Equipe de Saúde da Família para discussão dos problemas do bairro, Belo Horizonte (MG), 2008.....	415
Tabela 22– E6 Oferta de serviços de saúde nas escolas pela Estratégia Saúde da Família, segundo as famílias cadastradas, Belo Horizonte (MG), 2008.....	415
Tabela 23 – O1 Principais problemas no bairro ou comunidade na opinião das famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	416
Tabela 24 – O1m Outros tipos de problema existentes no bairro ou comunidade, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	416
Tabela 25 – O2 Principais problemas de saúde existentes no bairro ou comunidade, na opinião das famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	417
Tabela 26 – O2i Outros tipos de problemas de saúde existentes no bairro ou na comunidade, na opinião das famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	418
Tabela 27 – Principais responsáveis pela solução dos problemas de saúde do bairro na opinião das famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	419

Tabela 28 – C13 Desempenho da equipe quanto à atuação intersetorial, segundo médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	423
Tabela 29 – E6 Presença de lideranças comunitárias no levantamento de informações sobre condições de vida e saúde da comunidade informada pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	425
Tabela 30 – E5 Presença das lideranças comunitárias no levantamento de informações sobre as condições de vida e saúde da comunidade, conforme Agentes Comunitários de Saúde e auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	426
Tabela 31 – E7 Existência de iniciativas (em funcionamento) realizadas em conjunto com a população com ênfase no desenvolvimento comunitário informada pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	426
Tabela 32 – E6 Existência de iniciativas (em funcionamento) realizadas em conjunto com a população com ênfase no desenvolvimento comunitário informada pelos Agentes Comunitários de Saúde e auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	427
Tabela 33 – Q1 Participação das famílias cadastradas em reuniões ou atividades comunitárias/ coletivas, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	427
Tabela 34 – E12 Participação regular de médicos e enfermeiros em fóruns de formulação da política e ações de saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	428
Tabela 35 – E12 Participação regular dos ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem em fóruns de formulação da política e de ações de saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	428
Tabela 36 – E13 Fóruns de formulação da política e de ações de saúde nos quais participam médicos e enfermeiros que participam regularmente, Belo Horizonte (MG), 2008	429
Tabela 37 – E13 Fóruns de formulação da política e de ações de saúde onde Agentes Comunitários de Saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem participam regularmente, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	429
Tabela 38 – Q2 e Q3 Conhecimento e participação das famílias cadastradas no Conselho Municipal de Saúde, Estratégia Saúde da Família. Belo Horizonte (MG), 2008	430
Tabela 39 – E8 Existência de Conselho Local de Saúde informada pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	430
Tabela 40 – E7 Existência de um Conselho Local de Saúde na unidade dos Agentes Comunitários de Saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	431
Tabela 41 – E9 Participação de algum profissional da ESF no Conselho Local de Saúde como seu membro efetivo, informada pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	431
Tabela 42 – E9 Participação de algum profissional da ESF no Conselho Local de Saúde como seu membro efetivo, informada pelos auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	431
Tabela 43– E8 Participação dos Agentes Comunitários de Saúde no Conselho Local de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	432
Tabela 44 – E9 Categoria de participação dos Agentes Comunitários de Saúde no Conselho Local de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	432

Tabela 45 – E10 Avaliação dos trabalhos do Conselho Local de Saúde para desenvolvimento de condições de saúde da comunidade, por médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	433
Tabela 46 – Avaliação das atividades do Conselho Local de Saúde para desenvolvimento de condições de saúde da comunidade, por ACS e auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	433
Tabela 47 – E11 Avaliação da existência de conflito nos trabalhos do Conselho Local de Saúde, por médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	434
Tabela 48 – E11 Avaliação da existência de conflito nos trabalhos do Conselho Local de Saúde, por ACSs e auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	435
Tabela 49 – Q4 Conhecimento e participação das famílias cadastradas no Conselho Local de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	435
Tabela 50 – Q6 Conhecimento das famílias cadastradas sobre a quem recorrer em caso de reclamação, queixa ou denúncia sobre problemas ocorridos nos serviços públicos de saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	436
Tabela 51 – Q7 A quem as famílias cadastradas já fizeram alguma denúncia ou queixa sobre problemas ocorridos nos serviços de saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	437

TABELAS CAPÍTULOS XIII

Tabela 1 – G3 Frequência de visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde da área de moradia, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	440
Tabela 2 – G6 Tipos de cuidados realizados por Agentes Comunitários de Saúde nos últimos 12 meses durante as visitas domiciliares, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	442
Tabela 3 – G11 Atividades em grupo para as quais que o Agente Comunitário de Saúde convidou algum membro da família nos últimos 12 meses, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	443
Tabela 4 – H1-10 Famílias e moradores com doenças crônicas, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	444
Tabela 5 – I1 Famílias com portadores de hipertensão arterial em tratamento ou sob acompanhamento de saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	445
Tabela 6 – IA Local de tratamento para hipertensão arterial, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	445
Tabela 7 – IC Frequência do tratamento ou acompanhamento de portadores de hipertensão arterial, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	446
Tabela 8 – ID Profissional da Equipe de Saúde da Família que atende mais frequentemente portadores de hipertensão arterial, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	446
Tabela 9 – I2 - I7 Atendimento prestado pela Equipe de Saúde da Família aos informantes portadores de hipertensão arterial, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	448
Tabela 10 – J1 Famílias com portadores de diabetes em tratamento ou sob acompanhamento de saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	449
Tabela 11 – JA Local de tratamento para diabetes, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	449

Tabela 12 – JC Frequência do tratamento ou acompanhamento de portadores de diabetes, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	450
Tabela 13 – JD Profissional da Equipe de Saúde da Família que atende mais frequentemente portadores de diabetes, Belo Horizonte (MG), 2008.....	450
Tabela 14 – J2 - J7 Atendimento prestado pela Equipe de Saúde da Família aos portadores de diabetes, Belo Horizonte (MG), 2008	452
Tabela 15 – M1 Famílias com integrantes grávidas ou mães de menores de 2 anos, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	453
Tabela 16 – M4.1 Mês de gestação em que iniciou o acompanhamento pré-natal, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	453
Tabela 17 – M5 Local do acompanhamento pré-natal, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	454
Tabela 18 – M7 Frequência do acompanhamento pré-natal acompanhamento pré-natal, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	454
Tabela 19 – M8 Profissional da ESF que realiza o acompanhamento do pré-natal, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	454
Tabela 20 – M9 - M14 Atendimento prestado pela Equipe de Saúde da Família durante a gravidez, Belo Horizonte (MG), 2008.....	456
Tabela 21 – N1 Famílias com criança menor de 2 anos sob acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, Belo Horizonte (MG), Estratégia Saúde da Família, 2008	457
Tabela 22 – N3 Local do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	457
Tabela 23 – N5 Frequência do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	458
Tabela 24 – L1 Famílias com idosos ou doentes permanentemente acamados, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	458
Tabela 25 – L2 Famílias com idosos ou doentes permanentemente acamados que recebem atendimento domiciliar, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	459
Tabela 26 – L3 Profissional da Equipe de Saúde da Família que realiza o atendimento domiciliar, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	459
Tabela 27 – L4 Frequência do atendimento domiciliar, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	459
Tabela 28 – Famílias, portadores e entrevistados segundo agravos e condições de saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	460
Tabela 29 – Local de acompanhamento para diversas situações de saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	461
Tabela 30 – Atividades realizadas em diversas condições de saúde e situações de vida, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	462

TABELAS CAPÍTULOS XIV

Tabela 1 – E15, E16, E17, E18 Avaliação do entrevistado sobre atendimento recebido nos últimos 30 dias, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	464
Tabela 2 – G4 Avaliação do Agente Comunitário de Saúde pelas famílias, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	465
Tabela 3 – G5 Compreensão das orientações dadas pelo Agente Comunitário de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	465
Tabela 4 – G7 Avaliação das visitas domiciliares do Agente Comunitário de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	465
Tabela 5 – G13 Avaliação das famílias sobre o último atendimento nos últimos 12 meses no Posto/Unidade de Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	467
Tabela 6 – G14 Avaliação pelas famílias da qualidade de serviços e atividades nas Unidades de Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	469
Tabela 7 – G14.1 Avaliação pelas famílias que utilizaram da qualidade de serviços e atividades nas Unidades de Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	470
Tabela 8 – R1 e R2 Avaliação das famílias cadastradas sobre mudanças nas condições de saúde no bairro e de saúde da sua família após criação da Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	471
Tabela 9 – R3 Avaliação das famílias cadastradas quanto ao aumento ou diminuição da procura por hospitais e especialistas e por serviços de urgência, após implantação da Estratégia Saúde da Família no bairro, Belo Horizonte (MG), 2008	471
Tabela 10 – R5 Avaliação das famílias cadastradas sobre melhoria do atendimento em caso de doença após implantação da Estratégia Saúde da Família no bairro, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	472
Tabela 11 – R6 R7 Existência de Posto ou Centro de Saúde no bairro antes da criação da USF e frequência de atendimento segundo famílias cadastradas. Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	472
Tabela 12 – R8 Avaliação das famílias cadastradas sobre atendimento prestado pela ESF se comparado à experiência prévia de atendimento no posto/ centro de saúde existente no bairro, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	473
Tabela 13 – R9 Avaliação das famílias cadastradas quanto à atuação da USF comparativamente aos serviços prestados anteriormente pelo posto ou centro de saúde do bairro, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	474
Tabela 14 – R10 Satisfação das famílias cadastradas com a Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	474
Tabela 15 – Tabela R11 O que as famílias cadastradas não gostam na Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	475
Tabela 16 – R12 O que as famílias cadastradas gostam na Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....	476
Tabela 17 – R13 Necessidade de mudança na Estratégia Saúde da Família na opinião das famílias cadastradas, Belo Horizonte (MG), 2008	476
Tabela 18 – R13 Mudanças sugeridas para a Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008	477

Tabela 19 – R14 Necessidade de oferta de outras atividades além das já oferecidas pela Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....477

Tabela 20 – R14 Sugestão de atividades a serem oferecidas, Estratégia Saúde da Família, Belo Horizonte (MG), 2008.....478

2. LISTA DE FIGURAS

CAPÍTULO V

Gráfico 1 – Evolução da implantação das Equipes de Saúde da Família em Belo Horizonte (MG), no período de 2002 a 2007 102

Gráfico 2 – Evolução do número de famílias cadastradas no PACS e PSF em Belo Horizonte (MG), 2000 a 2007 104

Gráfico 3 – Evolução da contratação de ACS no município de Belo Horizonte (MG), 1999 a 2007 105

Gráfico 4 – Evolução da implantação das Equipes de Saúde Bucal no município de Belo Horizonte (MG), modalidades I e II , 2002 a 2007 106

Gráfico 5 – Evolução dos gastos municipais em saúde, Belo Horizonte, 1995-2006 126

XIX. SIGLAS E ABREVIATURAS

CLS	Conselhos Locais de Saúde
ABS	Atenção básica em saúde
ACS	Agente comunitário de saúde
AIDS	Acquired Immunological Deficiency Syndrome
AIHs	Autorizações de Internação Hospitalar
AMMFC	Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
APS	Atenção Primária à Saúde
BH	Belo Horizonte
BHTRANS	Empresa de Transportes e Trânsito de Belo Horizonte S/A
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAB	Coordenação da Atenção Básica
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEFAT	Centro de Atenção ao Trabalhador
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSAN	Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COREN	Conselho Regional de Enfermagem

COSEMS	Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde
CRM	Conselho Regional de Medicina
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAPS	Departamento de Administração e Planejamento em Saúde
Datasus	Departamento de Informática do SUS
DETRAN	Departamento Estadual de Trânsito
DNER	Departamento Nacional de Estrada de Rodagem
DST	doenças sexualmente transmissíveis
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESB	equipe de Saúde Bucal
ESF	equipe de saúde da família
FACE	Faculdade de Ciências Econômicas
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FHC	Fernando Henrique Cardoso
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
GT	Grupo de Trabalho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB	Indicadores de Dados Básicos
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IQVU	Índice de Qualidade de Vida Urbana
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
MEC	Ministério da Educação
Mesus	Mesa de Negociação do SUS
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NIR	Núcleos Intersetoriais Regionais
NOB	Norma Operacional Básica
Nupes	Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OP	Orçamento Participativo
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAD	Programa de Atendimento Domiciliar
PAM	Posto de Assistência Médica
PBF	Programa Bolsa Família.
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PIB	Produto interno bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PROCON	Programa de Orientação e Proteção ao Consumidor
PSF	Programa de Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
PUC-MG	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
RH	Recursos Humano
Ripsa	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RJU	Regime Jurídico Único
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESU	Secretaria de Educação Superior

SF	Saúde da Família
SIA	Sistema de Informação da Atenção Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SISREG	Sistema de Informação de Regulação
SMMG	Sindicato dos Médicos de Minas Gerais
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SMSA	Serviços Municipais de Saneamento Ambiental
SMLU	Secretaria Municipal de Limpeza Urbana
SMSP	Secretaria Municipal de Política Social
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Serviço de Vigilância Sanitária
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TEIAS	Territórios Integrados de Atenção à Saúde
TIC	Tecnologias de informação e comunicação
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UE	União Européia
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento
URS	Unidade de Referência Secundária
USF	Unidade de Saúde da Família
VE	Vigilância Epidemiológica
VS	Vigilância Sanitária