

# 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

Florianópolis

Relatório final

2009



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

FIOCRUZ  
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

### **Bolsista de iniciação científica**

Carolina Vianna

### **Consultoria em amostragem**

Mauricio Teixeira Leite de Vasconcellos

### **Consultoria de máscara de entrada e construção do banco de dados**

Luiz Alberto Matzenbacher

### **Apoio de informática**

Gustavo da Silva Soares

### **Apoio administrativo, formatação e reprodução dos textos**

Lincoln Xavier da Silva

Luiz Cláudio Guimarães da Silva

## **TRABALHO DE CAMPO**

### **Coordenação geral**

Maristela Chitto Sisson, Universidade Federal de Santa Catarina

### **Supervisoras de campo**

Cleusa Rosália Pacheco de Souza, Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Selma Regina de Andrade, Secretaria da Saúde do Estado de Santa Catarina

Angela Maria Blatt Ortiga, Secretaria da Saúde do Estado de Santa Catarina

### **Entrevistadores de Famílias**

Adriana Groff Carvalho, Amanda Besen, Ane Cristina Pereira, Caroline Hoffmann, Cristiane Alves, Débora Benedet, Gisele Zulma Oliveira, João Silva Filho, Karin Bae, Karina Spricido, Marcela Muccillo, Monique Botelho, Rafaela Vieira, Raquel de Moraes, Roberta de Freitas

### **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 Florianópolis, realizada pelo NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ e financiada pelo DAB/SAS/MS. A pesquisa teve por objetivo analisar a implementação da Estratégia Saúde da Família com foco na integração à rede assistencial e na atuação intersetorial em quatro grandes centros urbanos, para discutir as suas potencialidades como estratégia de atenção primária em saúde (APS) abrangente. Os eixos de análise são a integração e a intersetorialidade, elementos fundamentais de uma APS abrangente.

Implementar uma concepção abrangente ou integral de atenção primária implica a construção de sistemas de saúde 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 à concepção seletiva da APS, como programa paralelo com cesta restrita de serviços de baixa qualidade, dirigido a pobres. E a **atuação intersetorial** é condição para que a APS não se restrinja ao primeiro nível, mas seja base e referência para toda a atenção, contemplando aspectos biológicos, psicológicos e, principalmente, sociais, que incidem sobre problemas coletivos nos diversos níveis de determinação dos processos saúde-enfermidade, de modo a promover a saúde.

A partir dessas premissas foram realizados estudos de caso em quatro grandes centros urbanos com experiências consolidadas de implementação da Saúde da Família, utilizando-se estratégia de pesquisa sustentada em diversas fontes e métodos. Realizaram-se entrevistas com gestores e gerentes municipais para estudo qualitativo, bem como inquéritos com amostras representativas de profissionais das equipes de saúde da família (ESFs), com questionários autoaplicados, e de famílias cadastradas, com aplicação de questionários fechados. As famílias foram entrevistadas em seus domicílios entre abril e julho de 2008.

O presente relatório está estruturado em capítulos que articulam 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 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, famílias cadastradas – pela disponibilidade de 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 os profissionais envolvidos nas diversas etapas de trabalho de pesquisa: pesquisadores, consultores, pesquisadores de campo, digitadores, transcritores de entrevistas, auxiliares de pesquisa, 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 elaboração de relatórios.

Ao Departamento de Atenção Básica, à Secretaria de Atenção à Saúde e ao 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

<b>SUMÁRIO EXECUTIVO: SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS – IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM FLORIANÓPOLIS.....</b>	<b>I</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
JUSTIFICATIVA.....	5
OBJETIVOS DO ESTUDO.....	7
<b>I. EIXOS DE ANÁLISE: INTEGRAÇÃO/COORDENAÇÃO/CONTINUIDADE E INTERSETORIALIDADE.....</b>	<b>11</b>
EIXO I. INTEGRAÇÃO/ COORDENAÇÃO / CONTINUIDADE.....	11
<i>Dimensões da integração/coordenação/continuidade</i> .....	18
EIXO II. INTERSETORIALIDADE.....	19
<i>Dimensões da intersetorialidade</i> .....	27
<b>II. METODOLOGIA .....</b>	<b>29</b>
MUNICÍPIOS SELECIONADOS .....	32
INSTRUMENTOS DE PESQUISA .....	34
<i>Entrevistas semiestruturadas com o gestor e gerentes municipais</i> .....	34
<i>Questionários de autopreenchimento para os integrantes das Equipes de Saúde da Família</i> .....	35
<i>Questionário aplicado a famílias usuárias da Estratégia SF</i> .....	35
DESENHO DA AMOSTRA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E FAMÍLIAS .....	36
<i>Seleção das amostras de profissionais e famílias</i> .....	40
ETAPAS DA PESQUISA .....	41
<i>Caracterização sociodemográfica e sanitária dos municípios</i> .....	41
<i>Trabalho de campo com gestores e gerentes</i> .....	42
<i>Processamento dos dados e crítica</i> .....	46
<i>Sistematização e análise das informações dos estudos de caso</i> .....	46
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	48
<b>III. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E SANITÁRIA DE FLORIANÓPOLIS (SC)</b>	<b>49</b>
1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS.....	49
2. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS.....	55
3. OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS .....	59
<i>Atenção ambulatorial do SUS</i> .....	60
<i>Atenção hospitalar do SUS</i> .....	66
<i>Cobertura por planos de saúde</i> .....	68

<b>IV. CARACTERÍSTICAS DE VULNERABILIDADE DAS FAMÍLIAS ADSCRITAS AO PSF...</b>	<b>69</b>
1. CARACTERÍSTICAS DE VULNERABILIDADE DOS CHEFES DE FAMÍLIA .....	70
2. CARACTERÍSTICAS DE VULNERABILIDADE DOS MORADORES .....	75
3. CARACTERÍSTICAS DE VULNERABILIDADE DOS DOMICÍLIOS .....	79
4. VULNERABILIDADE DOS DOMICÍLIOS SEGUNDO A POSSE DE EQUIPAMENTOS DOMÉSTICOS .....	84
5. CASOS DE VIOLÊNCIA E ACIDENTES NAS COMUNIDADES .....	84
<b>V. CONTEXTO POLÍTICO INSTITUCIONAL DE IMPLEMENTAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS .....</b>	<b>89</b>
1. PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO/CONSOLIDAÇÃO .....	90
<i>Contexto político e institucional do município no momento de implantação do PSF</i> .....	90
<i>Motivações para implantação do PSF</i> .....	91
<i>Etapas / momentos da implementação da Estratégia Saúde da Família</i> .....	92
<i>Evolução das ESFs segundo o SIAB</i> .....	92
<i>Unidades de Saúde da Família</i> .....	97
2. CONCEPÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL .....	103
3. ATORES ENVOLVIDOS NA CONSOLIDAÇÃO .....	107
4. FINANCIAMENTO .....	110
<i>Observações dos gestores sobre o financiamento da Estratégia Saúde da Família</i> .....	114
<b>VI. GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS .....</b>	<b>115</b>
1. GESTÃO DO TRABALHO NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS .....	120
2. PERFIL DAS EQUIPES .....	121
<i>Formação dos profissionais</i> .....	123
<i>Experiência do trabalho anterior em Saúde da Família</i> .....	130
3. INSERÇÃO PROFISSIONAL .....	133
<i>Mecanismos de seleção</i> .....	136
<i>Inserção e vínculo profissional</i> .....	137
<i>Composição da equipe multiprofissional da Saúde da Família</i> .....	139
<i>Motivos de escolha para trabalhar em Saúde da Família</i> .....	142
4. ATUAÇÃO ANTERIOR E REMUNERAÇÃO .....	144
5. ROTATIVIDADE E ESTRATÉGIAS PARA FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS .....	155
6. CAPACITAÇÃO PARA O PSF .....	160
7. SUPERVISÃO DOS PROFISSIONAIS .....	171
8. TRABALHO EM EQUIPE .....	180
9. AVALIAÇÃO DAS ENTIDADES REPRESENTATIVAS DE PROFISSIONAIS SOBRE A GESTÃO DO TRABALHO NA SAÚDE DA FAMÍLIA .....	189
<i>Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina</i> .....	189
<i>Conselho Regional de Enfermagem</i> .....	190
<i>Associação Catarinense de Medicina da Família e Comunidade</i> .....	192

10. DESAFIOS DA GESTÃO DO TRABALHO NA SAÚDE DA FAMÍLIA .....	194
<b>VII. ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA .....</b>	<b>199</b>
1. PROGRAMAÇÃO DAS ATIVIDADES DA EQUIPE .....	199
2. AÇÕES PRIORITÁRIAS DA EQUIPE .....	207
3. ATIVIDADES ROTINEIRAS REALIZADAS PELAS ESFs .....	209
<i>Visita domiciliar</i> .....	218
4. RELAÇÃO EQUIPE/POPULAÇÃO .....	219
<b>VIII. CONHECIMENTO E USO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA .....</b>	<b>225</b>
1. CONHECIMENTO DO PSF .....	225
2. USO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA .....	228
3. ATENDIMENTO DO PRÓPRIO ENTREVISTADO PELA ESF NOS ÚLTIMOS 30 DIAS .....	230
4. CONHECIMENTO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE .....	231
<b>IX. POSIÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA REDE ASSISTENCIAL .....</b>	<b>233</b>
1. PORTA DE ENTRADA PREFERENCIAL AO SISTEMA DE SAÚDE SEGUNDO GESTORES .....	234
2. ESTRATÉGIAS DE ATENDIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA .....	235
3. AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUANTO À POSIÇÃO DA ESTRATÉGIA NA REDE ASSISTENCIAL .....	237
4. SERVIÇO DE PROCURA REGULAR DAS FAMÍLIAS .....	239
<i>Serviço de primeiro contato</i> .....	240
<i>Procura de serviços nos casos de adoecimento nos últimos 30 dias</i> .....	241
<i>Iniciativas das famílias em caso de doença</i> .....	243
<b>X. INTEGRAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA À REDE DE SERVIÇOS .....</b>	<b>255</b>
1. ACESSO A CONSULTAS ESPECIALIZADAS .....	257
<i>Acesso das famílias usuárias da ESF à atenção especializada segundo profissionais e famílias</i> ..	263
2. ACESSO AOS SERVIÇOS DE APOIO À DIAGNOSE E TERAPIA .....	275
<i>Acesso das famílias usuárias da ESF aos serviços de apoio à diagnose e terapia segundo profissionais e famílias</i> .....	278
3. ACESSO À ATENÇÃO HOSPITALAR .....	284
<i>Acesso das famílias usuárias da ESF à atenção hospitalar segundo profissionais</i> .....	285
4. ACESSO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA .....	286
5. AVALIAÇÃO DAS EQUIPES QUANTO À ATENÇÃO INTEGRAL PRESTADA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA .....	287
6. ACESSO DAS FAMÍLIAS A MEDICAMENTOS .....	292
7. INTEGRAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COM OS PROGRAMAS DE SAÚDE COLETIVA E AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE .....	292
8. DESAFIOS PARA MELHORAR A INTEGRAÇÃO DA ESTRATÉGIA SF À REDE DE SERVIÇOS .....	296
<b>XI. COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS .....</b>	<b>301</b>



1. ESTRATÉGIAS DE COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS .....	301
2. CONTINUIDADE INFORMACIONAL .....	307
3. AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO PELOS PROFISSIONAIS.....	314
<b>XII. INTERSETORIALIDADE.....</b>	<b>317</b>
1. INICIATIVAS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE .....	318
2. INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES E CONTRIBUIÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA .....	321
3. INSTITUCIONALIDADE DAS AÇÕES INTERSETORIAIS .....	322
<i>Abrangência.....</i>	<i>322</i>
<i>Dinâmica de funcionamento das ações intersetoriais.....</i>	<i>323</i>
<i>Financiamento .....</i>	<i>324</i>
<i>Avaliação dos gestores .....</i>	<i>324</i>
<i>Recomendações a gestores de outras cidades .....</i>	<i>326</i>
4. PARCERIAS COM INSTITUIÇÕES ACADÊMICAS .....	326
5. PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DAS ESF PARA ATUAÇÃO INTERSETORIAL .....	327
<i>Fatores de risco social e condições de vida dos usuários .....</i>	<i>327</i>
<i>Capacitação dos profissionais para atuar segundo a diversidade sócio-cultural da comunidade.</i>	<i>330</i>
<i>Ações intersetoriais com instituições, organizações ou grupos da comunidade .....</i>	<i>331</i>
<i>Reuniões na comunidade .....</i>	<i>338</i>
<i>Problemas prioritários e da situação de saúde no bairro identificados pelas famílias e gerentes de unidades.....</i>	<i>340</i>
6. OUTRAS MODALIDADES DE ARTICULAÇÃO E PARCERIAS COM ONGS .....	343
7. AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS ESF SOBRE O DESEMPENHO DAS EQUIPES NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES INTERSETORIAIS .....	344
8. PARTICIPAÇÃO SOCIAL.....	345
<i>Ações comunitárias.....</i>	<i>347</i>
<i>Participação no Conselho Municipal de Saúde.....</i>	<i>350</i>
<i>Participação no Conselho Local de Saúde.....</i>	<i>352</i>
<i>Possibilidades de reclamação/ denúncias sobre os serviços de saúde.....</i>	<i>357</i>
<b>XIII. ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS E DOS GRUPOS PRIORITÁRIOS NA EXPERIÊNCIA DAS FAMÍLIAS .....</b>	<b>359</b>
1. ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS).....	359
2. PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS .....	363
3. ACOMPANHAMENTO DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL .....	363
4. ACOMPANHAMENTO DE PORTADORES DE DIABETES .....	368
5. ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL .....	372
6. ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL.....	376
7. ACOMPANHAMENTO DE IDOSOS OU DOENTES PERMANENTEMENTE ACAMADOS .....	378
8. SÍNTESE DO ACOMPANHAMENTO A GRUPOS PRIORITÁRIOS .....	379
<b>XIV. AVALIAÇÃO DAS FAMÍLIAS .....</b>	<b>383</b>

1. AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO DO PROFISSIONAL DA ESF NOS ÚLTIMOS 30 DIAS .....	383
2. AVALIAÇÃO DAS FAMÍLIAS SOBRE O ACS DE SUA ÁREA .....	384
3. AVALIAÇÃO DO ÚLTIMO ATENDIMENTO NOS ÚLTIMOS DOZE MESES .....	386
4. AVALIAÇÃO GERAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PELAS FAMÍLIAS .....	392
<b>XV. DESAFIOS, PROPOSTAS DE CONSOLIDAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E AVALIAÇÃO DOS GESTORES E DIRIGENTES DE ENTIDADES PROFISSIONAIS.....</b>	<b>401</b>
1. PRINCIPAL PROBLEMA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA .....	402
2. PONTOS MAIS POSITIVOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	402
3. INOVAÇÕES DO MODELO ASSISTENCIAL DE FLORIANÓPOLIS.....	403
4. RECOMENDAÇÕES PARA OUTROS GESTORES.....	403
<b>XVI. FATORES FACILITADORES E LIMITANTES DA IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A INTEGRAÇÃO À REDE ASSISTENCIAL, COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS E ATUAÇÃO INTERSETORIAL.....</b>	<b>405</b>
<b>XVII. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>421</b>
<b>XVIII. LISTA DE TABELAS E FIGURAS .....</b>	<b>429</b>
<b>XIX. SIGLAS E ABREVIATURAS.....</b>	<b>451</b>

## **SUMÁRIO EXECUTIVO: SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS – IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM FLORIANÓPOLIS**

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 necessita enfrentar os determinantes sociais mais gerais para promover a saúde. Uma boa organização dos serviços de atenção primária contribui para a melhoria da atenção, provocando impactos positivos sobre a saúde da população e para a eficiência do sistema (Delnoij et al., 2000).

Comparações internacionais mostram que uma APS robusta, dispondo de serviços de primeiro contato integrados ao sistema de saúde e com oferta integral de ações, promove impacto positivo sobre os indicadores de situação de saúde e produz ganhos de eficiência (Starfield & Shi, 2002; Macinko, Starfield & Shi, 2003).

Na América Latina, em contexto de estratégias macroeconômicas de ajustes estruturais dos anos 1980, a abordagem seletiva de atenção primária tornou-se hegemônica e a implementação de uma cesta mínima de serviços para populações de baixa renda foi difundida pelas agências multilaterais, incrementando-se as desigualdades em saúde (Conill & Fausto, 2008).

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

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 para caracterizar a atenção à saúde de primeiro nível, que foi definida 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.

A atenção básica proposta 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 calcada, muitas vezes, apenas 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 qual, dando continuidade ao 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 foi assumido pelo Ministério da Saúde como estratégia para a reorganização do sistema de saúde e como modelo assistencial substitutivo na perspectiva da implementação de atenção primária abrangente.

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 da atenção primária em saúde propostos por Starfield (2002) para caracterizar a atenção primária em saúde abrangente, ademais de reafirmar o 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 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 de monitoramento sistemático dos resultados; e 6) o estímulo à participação popular e ao controle social (MS, 2006:10-11).

Impulsionada por incentivos financeiros federais, a Saúde da Família está presente atualmente em 94% dos municípios brasileiros, com 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 a 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 (Escorel et al., 2002; Goulart, 2002; Giovanella et al., 2003).

Avançar na implementação de tal política exige o conhecimento e a análise aprofundados da atenção primária atualmente prestada e sua avaliação a partir da perspectiva de todos os envolvidos, profissionais de saúde, gestores e, em especial, usuários, para identificar nós críticos e pontos de intervenção que possam orientar as políticas e as ações que concretizem os princípios gerais da proposta, garantindo atenção de saúde de qualidade à população.

Neste sentido, 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 em quatro grandes centros urbanos. e discutir suas potencialidades em orientar a organização do sistema de saúde na integração à rede de serviços com a 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 a intersetorialidade, aspectos cruciais de atenção primária abrangente, estratégica para a reorganização do sistema de saúde.

Implementar uma concepção abrangente ou integral de atenção primária envolve a construção de sistemas de saúde orientados pela APS, que sejam 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 em que há cesta restrita e, em geral, é de baixa qualidade, dirigido aos pobres. Por sua vez, 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, ao incidir sobre problemas coletivos, promover a saúde e atuar 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, principalmente entre a abordagem seletiva e a integral ou abrangente, as quais acarretam importantes repercussões no tocante à equidade e ao direito à saúde. As duas concepções compreendem questões teóricas, ideológicas e práticas muito 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 atenção primária abrangente, uma vez que a integração é condição para a garantia de atenção integral, ao passo que a intersetorialidade o é para o enfrentamento de determinantes sociais. Atributo fundamental da APS abrangente é sua integração com os outros níveis assistenciais, o que garante a atenção integral, no que concerne ao acesso a serviços adequados às necessidades de saúde.

Já a principal característica da APS seletiva é a oferta de 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 significativas 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, ao garantir a continuidade da atenção aos pacientes crônicos. A coordenação dos cuidados é 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 (Giovannella, 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 envolve a existência de um serviço de procura regular; a constituição dos serviços de atenção primária como a 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 para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas com mecanismos formalizados de referência; 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 relativos à integração do sistema e à coordenação dos cuidados vêm recebendo ampla atenção nas reformas recentes dos sistemas de saúde mediante iniciativas para fortalecer a APS.<sup>12</sup> 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, além de outros equipamentos sociais em contexto de pressão por maior eficiência (Gérvás y Rico, 2005; Calnan et al., 2006; Hofmarcher et al., 2007).

As estratégias de integração e de coordenação envolvem 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 da 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 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 a concepção abrangente de atenção primária implica construir um sistema de saúde orientado pela APS, no qual a atenção primária não se restringe ao primeiro nível de atenção, mas é a base e a 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 envolvem a articulação de políticas econômicas e sociais.

Assim, a **intersectorialidade** é atributo de uma abordagem de atenção primária que enfrenta os diversos níveis de determinação dos processos saúde-enfermidade, que se quer comunitária e que incide sobre problemas coletivos e não apenas individuais. Conforma uma atenção primária que responde aos ditames da Constituição brasileira no que se refere ao dever do Estado de garantir a saúde mediante políticas sociais e econômicas que reduzam os riscos de adoecimento e possibilitem 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 e 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 das 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 intersectorial deve se processar em diversos níveis: na ação comunitária do território, na articulação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e na articulação de políticas municipais.

A atuação intersectorial é prevista na Saúde da Família. Cabe às equipes de saúde da família (ESFs) a promoção de ações intersectoriais e de 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 a promoção da saúde*” (MS, 2006).

## **OBJETIVOS DO ESTUDO**

O presente estudo tem por objetivo geral analisar o modelo assistencial da atenção básica em saúde 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 partir da implementação da Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos.

A pesquisa tem como objetivos específicos:

- Analisar o contexto político e institucional de implementação do PSF;
- Avaliar a conformação de 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 de contrarreferência;
- Avaliar a coordenação, pela equipe de saúde da família, das diversas ações e serviços para resolver necessidades mais complexas, de modo a assegurar a continuidade da atenção na rede de serviços;
- Examinar as iniciativas da Secretaria Municipal de Saúde quanto à 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 e a 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 Florianópolis, cujo

trabalho de campo foi desenvolvido de maio a setembro de 2008, quando foram entrevistados gestores e gerentes municipais, aplicados questionários autopreenchidos aos profissionais das ESFs, assim como questionários fechados a uma amostra de famílias cadastradas, que foram entrevistadas em seus domicílios.

Os estudos de caso e a análise das mudanças no modelo assistencial foram feitos 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.

Nos diversos capítulos, os resultados apresentados 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.

## **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 de estudo desde diferentes perspectivas e níveis.

A pesquisa consistiu no estudo de quatro casos da implementação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos.

Os municípios foram selecionados de modo a escolher experiências consolidadas, considerando-se: elevada cobertura populacional do PSF (> 50%), grau de institucionalização da estratégia (Mendes, 2002), 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.

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 (Veney e Kaluzny, 1991; Becker, 1997; Yin, 2005).

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

Yin (2005) comenta que os estudos de caso são adequados principalmente ao estudo de fenômenos sociais complexos contemporâneos, ao possibilitar a análise de situações em que há muitas variáveis de interesse e ao preservar características holísticas dos acontecimentos da vida real (Yin, 2005:34-5).

Para Veney e Kaluzny (1991:124), os estudos de caso são apropriados para explicar as dinâmicas das organizações e as inter-relações entre a implementação e os resultados de programas sociais e de saúde.

Os estudos de caso, segundo Yin (2005:34), têm lugar de destaque em pesquisas de avaliação de programas sociais. A mais importante é possibilitar a explicação das relações entre a implementação e os efeitos do programa, indicando prováveis vínculos causais em intervenções da vida real, complexas demais para outras estratégias de pesquisa. Contudo, os autores destacam que estudos de caso são estratégia útil para a avaliação sob certas condições.

Veney e Kaluzny (1991) apontam que estudos de caso constituem estratégia de avaliação mais efetiva, quando seu propósito é prover informação para a decisão, que pode ser melhor produzida a partir de visão panorâmica de determinado programa e para o caso de programas em cujos projetos de implementação os processos de avaliação não foram planejados, não tendo sido estabelecidos grupos de comparação ou desenhado modelo lógico que relacionasse insumos, processo e produtos (Veney e Kaluzny, 1991:120).

Esses autores consideram que 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.

Assim, no campo das políticas públicas, a realização de estudos do caso de implementação de determinado programa implica conhecer o contexto mais geral no qual este se insere, recorrer a diversas fontes e incorporar as perspectivas dos distintos atores envolvidos.

A estratégia dos estudos de caso efetuados 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, representantes de entidades (77) por meio da realização de entrevistas; profissionais das equipes de saúde da família mediante questionários autoaplicados e famílias cadastradas, pela aplicação domiciliar de questionários estruturados, sob a supervisão de pesquisadores de campo treinados.

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

As experiências e as perspectivas dos profissionais de saúde foram examinadas a partir de estudos quantitativos transversais obtidos com a realização de inquéritos aplicados a 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 as experiências e a 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 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 quais foram entrevistadas em seus domicílios por pesquisador treinado.

Foram entrevistadas 3.311 famílias (Aracaju 800, Belo Horizonte 900, Florianópolis 789, Vitória 822) e 1.336 profissionais responderam ao questionário do inquérito (em Aracaju: 66 enfermeiros, 56 médicos, 60 auxiliares/técnicos de enfermagem e 150 ACS; em Belo Horizonte: 75 enfermeiros, 72 médicos, 89 auxiliares/técnicos de enfermagem e 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 e 127 ACS).

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 manifestam 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 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 oportuna (ofertada em tempo hábil).

Avaliar a coordenação dos cuidados e a integração do sistema de saúde implica 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, de realização das atividades de coordenação dos cuidados e de articulação ao interior da própria equipe; e 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 Programa 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 médicos de atenção primária e especialistas? Há 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 autopreenchidos 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 e o acesso a serviços especializados.

**Junto à população** usuária, por meio de questionários fechados aplicados à amostra de famílias usuárias, foram investigados: 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 e os exames e medicamentos.

A partir da 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 intersectorialidade, desde a perspectiva do setor saúde, pode ser entendida como a articulação deste 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 intersectorialidade “... *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 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), a intersectorialidade 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.

A intersectorialidade implica ações articuladas e coordenadas com prioridades estabelecidas em conjunto, utilizando os recursos de cada setor (materiais, humanos, institucionais) de modo mais eficiente. Assim, a intersectorialidade sempre pressupõe a existência de algum grau de abertura, em cada setor envolvido, para dialogar e estabelecer vínculos de co-responsabilidade e de 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).

O setor saúde deve liderar a intervenção intersectorial para promover a equidade em saúde quando dispõe de conhecimentos e de 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 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.

Na presente pesquisa, com o intuito de delimitar o escopo do estudo e analisar a intersetorialidade desde a perspectiva da saúde, optou-se por examinar as iniciativas da SMS 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 pelo coordenador da atenção básica, como tendo maior articulação com a SMS.

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 a divulgação dos resultados. Na análise da atuação intersetorial da Estratégia Saúde da Família por meio de informações coletadas em entrevistas com gestores da SMS 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 um território/população definido em que há a 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 ESF no 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 SF. 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 SMS. Foram examinadas as iniciativas governamentais de articulação intersetorial, sob a perspectiva dos gestores municipais, profissionais das ESF e famílias cadastradas.

As dimensões de análise priorizadas foram: campos de atuação; abrangência da intervenção; setores envolvidos tanto em âmbito local (ESF) como central (SMS 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 (ESF) e famílias cadastradas. As principais fontes de informação foram entrevistas a partir de roteiros semi-estruturados realizadas com gestores e gerentes municipais, questionários autopreenchidos pelos profissionais das ESF, e questionários fechados aplicados a uma amostra de famílias cadastradas entrevistadas em seus domicílios.

### **Roteiros semi-estruturados para entrevistas com o gestor e gerentes municipais**

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

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

- Processo de implementação do PSF – motivações para a expansão da Estratégia SF, contexto político-institucional, posicionamento de atores no momento atual e etapas de implementação;
- Organização e gestão da Estratégia SF– coordenação da AB, 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 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 ESF 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 SF**

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 em Florianópolis foi realizado no período de maio a julho de 2008. Iniciado por visitas e entrevistas com gerentes em maio e seguido por inquéritos com profissionais e famílias cadastradas entre maio e julho de 2008.

Em Florianópolis foram feitas 18 entrevistas com gestores e gerentes, sendo 11 gerentes da SMS (incluindo quatro gerentes de UBS), quatro gestores de outros setores/participantes de atividades intersetoriais e/ou interinstitucionais, e três 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: gerência da regulação controle e avaliação (regulação do acesso à atenção especializada, hospitalar, exames, urgência e emergência), gerência de vigilância em saúde, e gestão de recursos humanos da Saúde da Família.

Além dos gerentes da SMS foram entrevistados gestores de políticas públicas de outros setores indicados pela SMS das secretarias municipais Assistência Social e da Secretaria Municipal de Saúde. Em Florianópolis, considerada a abrangência da experiência docente assistencial (integração ensino serviços) com formação em serviço de estudantes da Universidade Federal de Santa Catarina nas UBS e com médicos e enfermeiros das ESF atuando como supervisores, foram também entrevistados profissionais envolvidos na coordenação da Rede Docente Assistencial, um da UFSC e outro da SMS.

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 Florianópolis, os presidentes do Conselho Regional de Enfermagem (Coren) e do Conselho Regional de Medicina (CRM) de Santa Catarina e a secretária geral da Associação Catarinense de Medicina de Família e Comunidade.

Em Florianópolis foram entrevistadas 789 famílias e aplicados questionários a um total de 343 profissionais das ESFs, dos quais eram 61 médicos, 70 enfermeiros, 72 auxiliares/técnicos de enfermagem e 140 ACSs.

### **CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Ensp/Fiocruz (Parecer 27/08) e recebeu parecer favorável, além da autorização para sua realização, da Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde da SMS de Florianópolis por meio do ofício 008/2008 de 19 de maio de 2008.

### **CARACTERÍSTICAS DE VULNERABILIDADE DAS FAMÍLIAS ADSCRITAS AO PSF**

Em Florianópolis foram pesquisadas 2670 integrantes de uma amostra representativa de 789 famílias, correspondente a 0,9 das famílias cadastradas no SIAB em dezembro de 2007 (86.120). As informações das 789 residências pesquisadas foram obtidas, em sua maior parte, por meio de entrevistas com o chefe de família (50%). O cônjuge foi o

informante em 44% dos casos enquanto outros familiares foram entrevistados em 7% das moradias.

A maior parte dos domicílios estava composta por três a cinco moradores (67%) e poucas eram as casas com apenas um morador (3%).

No município de Florianópolis as variáveis locais eram totalmente favoráveis por se tratar de cidade da região Sul, que apresenta melhor desenvolvimento regional do país, e integralmente urbana.

### **Características de vulnerabilidade dos chefes de famílias**

A maioria dos entrevistados referiu a condição de chefia masculina de família (57%). No entanto, a vulnerabilidade da chefia feminina incidiu em 43% das famílias pesquisadas, superior à verificada na cidade de Florianópolis (30%) e no Brasil (25%).

Os chefes de família situavam-se nas faixas etárias de 65 ou mais anos (19%), entre 45 e 49 anos (12%), de 40 a 44 anos (12%) 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, correspondeu a 5% do total de famílias pesquisadas.

A taxa de dependência foi calculada considerando-se como dependentes os moradores menores de 15 anos e os com 65 e mais anos de idade, e como população economicamente ativa, os moradores entre 15 e 64 anos. Entre as famílias pesquisadas em Florianópolis verificou-se taxa de dependência geral de 43%, similar a verificada, em 2005, na cidade de Florianópolis (44%) e menor que as encontradas no estado de Santa Catarina (53%) e no Brasil (57%), porém, ainda assim elevada.

A caracterização do chefe de família por cor ou raça autorreferida revelou que 80% consideraram-se ou foram considerados brancos, 10% pardos, e 8% negros. A referência à cor ou raça amarela foi reduzida, menos que 1%. Entre as famílias pesquisadas, 18% apresentaram vulnerabilidade à pobreza relacionada à cor ou raça do chefe.

Ao redor de 6% referiram não ter escolaridade (analfabetos ou com menos de um ano de instrução) e 10% tinham menos de quatro anos de estudo, totalizando 125 famílias (16% do total) com alta vulnerabilidade à pobreza. Ambas taxas eram mais elevadas que as verificadas na cidade de Florianópolis – 3% de chefes sem instrução ou com menos de

um ano de escolaridade e 8% de chefes de família com escolaridade entre um e três 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 um e três anos de estudo (IBGE, 2000).

Dos 789 domicílios pesquisados, dez chefes de família estavam desempregados. A maior parte dos chefes de família era de empregados do setor privado (30%), seguido dos aposentados ou pensionistas (29%), e dos que trabalhavam por conta própria (19%).

A maior parte (86%) dos 334 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 42% dos chefes de família), e nesse conjunto de trabalhadores atingia 10%. É necessário lembrar, contudo que 19% do total dos chefes de família trabalha por conta própria.

A renda familiar mensal de 44% das famílias pesquisadas estava na faixa entre dois e cinco 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 como famílias miseráveis as 4% das famílias entrevistadas que apresentaram renda familiar mensal inferior a um salário mínimo (R\$ 415,00) e como pobres, as 155 (20%) cuja renda familiar mensal estava situada entre um e dois salários mínimos, ou seja, entre R\$ 416,00 e R\$ 830,00. Considerando apenas a variável de renda familiar mensal, verificamos que a vulnerabilidade à pobreza atingia 24% das famílias pesquisadas. No outro extremo estavam situadas 74 famílias (9%) com renda familiar mensal superior a dez salários mínimos (R\$ 4.151,00 e mais).

Em Florianópolis, entre as famílias pesquisadas, a vulnerabilidade à pobreza segundo as características dos chefes de família incidiu sobre 43% com chefia feminina, 18% com chefes de cor ou raça parda e negra, 16% com chefes com vulnerabilidade educacional, e 1% com chefes desempregados. Entre os chefes de família empregados dos setores público, privado e doméstico foi verificado que 10% não tinham vínculo formal representado pela carteira de trabalho.

### **Características de vulnerabilidade dos moradores**

Entre os 2670 moradores pesquisados 53% eram do sexo feminino e 47% do sexo masculino, distribuição discretamente diferente à da população total de Florianópolis em que os percentuais eram, em 2008, respectivamente 52% e 48%.

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 14 anos (21% entre as famílias pesquisadas e 22% na cidade de Florianópolis) e ao grupo de população com 65 anos ou mais (9% entre as famílias pesquisadas e 7% entre a população total de Florianópolis). As faixas etárias entre 16 e 29 anos encontravam-se 24% dos moradores e os com idade entre 30 e 49 anos apresentaram percentual similar (28%).

Ao redor de 29% dos moradores estavam estudando no momento da pesquisa, percentual menor que o total de moradores nas faixas de idade entre seis e 24 anos (37%). Entre os moradores com mais de dez anos de idade, existiam 4% sem qualquer instrução ou com menos de um ano de estudo e, no polo oposto, 11% com ensino superior completo. Sete por cento tinham o ensino elementar incompleto (entre um e três anos de estudos), 28% haviam concluído o ensino elementar e 29% tinham o ensino médio completo.

O setor privado concentrou o maior número de moradores empregados (21%). Aposentadorias e pensões constituíam a segunda maior fonte de renda (13%), seguida do trabalho autônomo (por conta própria) (11%).

Do conjunto de trabalhadores empregados nos setores privado, público e doméstico – 30% dos moradores que trabalham ou auferem renda –, a maioria (85%) tinha vínculo trabalhista formalizado em carteira de trabalho.

Quarenta e seis por cento das famílias pesquisadas 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 (65%), Bolsa Família (20%), Benefício de Prestação Continuada – BPC (3%) e auxílio doença (2%).

Em síntese, a vulnerabilidade à pobreza do conjunto de moradores pesquisados em Florianópolis está concentrada na baixa escolaridade (11% dos moradores acima de dez anos tem menos de três anos de estudo), e no percentual de aposentados e pensionistas (14%).



### **Características de vulnerabilidade dos domicílios**

Do conjunto de 789 residências pesquisadas em Florianópolis, a maioria (81%) era de alvenaria. Apenas 3% das residências eram de material aproveitado.

Cerca da metade das casas (49%) tinha de cinco a seis cômodos e 14% delas tinham sete cômodos, totalizando 63% dos domicílios pesquisados. Apenas 2% das casas estavam constituídas por um (0,4%) ou dois (1,3%) cômodos. No extremo oposto, ao redor de 13% dos domicílios tinham entre oito e dez cômodos e cerca de 6% das residências tinham 11 e mais cômodos.

A maioria das moradias tinha dois ou três cômodos servindo de dormitório (80%), um ou dois banheiros internos (91%), e uma cozinha (97%).

O abastecimento de água por ligação com a rede geral supria a maioria dos domicílios pesquisados (94%). O mesmo acontecia com o abastecimento de energia elétrica que cobria 99% das residências.

A situação de esgotamento sanitário era satisfatória para apenas pouco mais da metade das residências: 54% tinham ligação à rede geral de esgoto. Das 360 casas (46% do total pesquisado) sem ligação com a rede geral de esgoto, 331 (91%) utilizavam fossa, mas 19 (5%) lançavam os dejetos em vala negra.

O sistema público de coleta de lixo atendia 97% dos domicílios pesquisados, na porta (84%) e por meio de caçamba (13%).

A vulnerabilidade habitacional encontrada nos domicílios pesquisados em Florianópolis foi relativamente baixa: apenas seis residências (17%) eram construídas com material inadequado, sete (1%) domicílios não tinham banheiro interno, três (0,4%) não tinham cozinha independente, 6% não tinham ligação com a rede geral de água, 2% casas não tinham seu lixo recolhido pelos serviços de limpeza pública e um domicílio não recebia fornecimento de energia elétrica. No entanto, a falta de ligação com a rede geral de esgoto sanitário englobava 360 residências (46%). Destas, 5% fazia uso de vala negra.

Comparando a distribuição de serviços públicos de saneamento básico entre o grupo de domicílios pesquisados e o total de domicílios do município de Florianópolis pode ser observado discreto percentual maior de moradias com ligação à rede geral de água entre os domicílios de usuários do PSF pesquisados, porém menor no que se refere à rede geral de esgoto.

A vulnerabilidade habitacional atinge baixos percentuais dos domicílios pesquisados, mas pode ser identificada por aqueles que eliminam dejetos despejam em vala negra (2%) e pela utilização de outras formas de destino do lixo (3%).

### **Vulnerabilidade dos domicílios segundo a posse de equipamentos domésticos**

Outra forma de examinar a condição socioeconômica das foi por meio da pesquisa da posse de dez tipos de equipamentos, entre os quais, o automóvel. Um primeiro agrupamento separa as famílias de Florianópolis em dois conjuntos segundo os tipos de equipamentos: bens que a maioria das famílias possui, como televisão (99%) e geladeira (99%), máquina de lavar (85%), aparelho de som (82%), telefone celular (80%); e aqueles existentes em mais da metade das residências: telefone fixo (72%), micro-ondas (67%), carro (55%), computador (51%).

### **Casos de violência e acidentes nas comunidades**

Cerca de 41% dos entrevistados afirmaram que são comuns casos de violência ou acidentes em suas comunidades.

As 320 famílias que afirmaram ser comuns casos de violência ou acidentes nas localidades em que residiam assinalaram como tipos de violência ou acidentes mais frequentes: assassinatos (43%), roubo de residência ou estabelecimento comercial (33%), tiroteios e balas perdidas (30%), assaltos a mão armada (27%), furto ou roubo (24%), brigas em lugares públicos (22%), atropelamento e batida de carro (15%), facada (7%) e agressão física dentro de casa (6%).

A maioria das famílias (92%) ainda não vivenciara qualquer situação de violência ou acidente nos últimos 12 meses. Das 54 famílias (7%) que relataram essas experiências com seus integrantes no ano anterior a realização da pesquisa, a maior parte resultou de atropelamento e batidas de carro (18%), agressões físicas dentro de casa e roubo de residência ou de estabelecimento comercial (12% cada), briga em lugar pública (11%), assalta a mão armada e furto (9% cada).

Entre as famílias que relataram a experiência de violência ou acidente de pelo menos um integrante nos últimos 12 meses, mais da metade destas (62,5%) assinalaram que os episódios não produziram ferimentos ou não foram graves. Cerca de um terço (27%) dessas famílias informou que os episódios resultaram em ferimentos com gravidade.

Nos episódios de acidente ou violência, cerca de um terço (27%) procurou pronto-socorro ou emergência público e 7% o ambulatório de hospital público. Em 11% dos casos o morador não procurou atendimento em serviços de saúde.

Em síntese, em Florianópolis, ao redor de 7% 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. Quando ocorreram ferimentos, em sua maior parte estes foram sem gravidade. Apenas 27% procuraram pronto-socorro ou emergência, públicos, 7% o ambulatório de hospital público e 5% privados. O Posto/Unidade de Saúde da Família do SUS, como era de prever, não foi o serviço de saúde procurado nesses casos.

## **PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS (SC)**

Para examinar o contexto político e institucional de implementação e consolidação da Estratégia Saúde da Família no município de Florianópolis são analisados motivações, etapas do processo de implementação, concepção do modelo de atenção em Saúde da Família implementado e atores envolvidos.

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

As primeiras iniciativas de implantação do programa ocorreram entre 1996 e 1997, quando foram implantadas as primeiras equipes de saúde da família em áreas do município consideradas de maior vulnerabilidade social. Entretanto, segundo as informações derivadas do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) a implantação do PSF no município ocorreu no ano de 1998.

O contexto institucional na fase inicial de implantação da Estratégia Saúde da Família foi marcado por incipiente capacidade gestora na saúde. O município foi habilitado em gestão parcial pela NOB/SUS/93, ficando sob sua gerência apenas os serviços de atenção básica. Esta condição de gestão apenas da atenção básica não foi alterada ao longo dos anos de 1990 e permaneceu até 2007. Foi habilitado pela NOB 96 e NOAS/SUS/2002 na condição da Gestão Plena da Atenção Básica, com baixa governabilidade sobre a atenção da média e alta complexidade, cuja responsabilidade permaneceu sob a gestão da SES.

Em 2007, a Secretaria Municipal de Saúde assumiu novos compromissos de gestão aderindo ao Pacto pela Saúde, e tornando-se responsável gradativamente por garantir atenção especializada e a gestão da média e alta complexidade no sistema local de saúde.

Também no ano de 2007 o Secretário Municipal de Saúde editou a Portaria 283 que institucionaliza a Estratégia Saúde da Família como modelo orientador das ações na atenção básica.

A edição desta Portaria expressa o movimento dos gestores da saúde em acompanhar as diretrizes do Ministério da Saúde no âmbito da atenção básica, sendo este instrumento normativo uma adaptação para o nível municipal das principais diretrizes nacionais para a consolidação da Estratégia Saúde da Família.

### **Motivações para implantação do PSF**

A implantação da Estratégia Saúde da Família foi motivada pelo apoio do gestor municipal, além de um grupo de técnicos interessados em conduzir ações no sentido do fortalecimento da atenção primária.

A decisão política do gestor municipal por consolidar a estratégia saúde da Família no município se expressa na edição da Portaria/SMS/GAB/Nº283/2007 que aprova a Política Municipal de Atenção à Saúde, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica baseada na Estratégia Saúde da Família.

### **Etapas / momentos da implementação da Estratégia Saúde da Família**

Os gestores da saúde destacam alguns pontos de inflexão ou etapas no processo de implementação da Estratégia Saúde da Família: 1996/1997 – implantação inicial do PSF em paralelo à forte expansão do PACS; a partir de 1998 – ênfase na montagem das equipes de saúde da família; 2003/2004 – junção do PACS à Estratégia SF; 2005 – momento em que o programa alcança 50% de cobertura populacional; 2007 – edição da Portaria SMS/GAB/Nº283 que assume a Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção, definindo diretrizes assistenciais para a atenção básica e o processo de trabalho das equipes de saúde da família.

### **Unidades de Saúde da Família**

O município de Florianópolis está dividido em cinco regionais de saúde, denominadas Norte, Sul, Centro, Leste e Continente, cada uma responsável por dez a 13 unidades de saúde municipais.

Em 2008, o município dispunha de 48 Centros de Saúde, sendo 45 Unidades de Saúde da Família e três PACS. Do total de USF, dez são unidades recém construídas e 35 são unidades básicas tradicionais convertidas em Unidade de Saúde da Família. Também compõem a rede de serviços de saúde, três Policlínicas, três CAPS (CAPS adulto, álcool e drogas e infantil), uma Unidade de Pronto-Atendimento e três bases do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência).

A perspectiva dos gestores da saúde é que os Centros de Saúde assumam a Estratégia Saúde da Família como modelo de organização da atenção; expandir o número de ESF e de Policlínicas (um total de quatro policlínicas) e implantar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

As ESF são compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários e as equipes de saúde bucal por odontólogos e auxiliares de consultório dentário.

Na data da pesquisa estimava-se uma cobertura populacional de cerca de 80% da população e estavam implantadas 87 ESF e 33 equipes de saúde bucal. Havia três ESF incompletas por falta de enfermeiro e 31 equipes incompletas por número insuficiente de Agentes Comunitários de Saúde (ou ACS com excesso de famílias a serem atendidas – 79 micro-áreas sem ACS), devido a dificuldades de seleção e substituição da forma de contratação. Os ACS, por exigência legal, estavam passando a ser contratados diretamente pela prefeitura e não mais por entidade não governamental.

Diversas unidades básicas de saúde participam da Rede Docente-Assistencial, sendo campo de estágio supervisionado para alunos de cursos de graduação como de medicina, enfermagem, odontologia, nutrição, psicologia, farmácia, serviço social e educação física..

A estrutura física das unidades básicas de saúde é diversificada, em geral são unidades com diversos consultórios médicos e de odontologia, recepção, banheiro, sala de grupo e/ou reunião e farmácia. No momento da pesquisa, 36 unidades estavam informatizadas, com sistema de prontuário eletrônico, acesso ao SISREG e o cadastro das famílias

digitalizado, com expectativas de expansão da informatização para todas as unidades básicas de saúde.

A maior parte das Unidades de Saúde da Família comporta de uma a duas ESF, sendo o número máximo de seis ESF em uma unidade.

Nas unidades de saúde da família, além das ESF atuam também outros profissionais de apoio às ESF como médicos clínicos gerais, pediatras e em alguns centros ginecologistas. As unidades SF realizam consultas individuais, médicas, odontológicas e de enfermagem, alguns procedimentos como curativos, injeções, nebulização, vacinação, verificação de PA, preventivo e glicemia, imunização, teste do pezinho, dispensação de medicamentos, visitas domiciliares e grupos.

São definidas prioridades no atendimento para crianças até seis anos, gestantes, idosos (a partir dos 60 anos) e mais recentemente portadores de diabetes e hipertensão arterial. Para integrantes de grupos de risco agenda-se consultas e atende-se demanda espontânea por meio do acolhimento diariamente. Todavia, em diversas USFs, é definido apenas um dia semanal específico para agendamento de pacientes que não pertencem aos grupos prioritários.

Não há coleta de material para exames nas unidades, apenas escarro, teste do pezinho e colpocitológico. Médicos (72%) e enfermeiros (61%) informaram que as unidades não coletam material para exames (Tabela D6).

Na avaliação dos profissionais das ESF nem sempre o espaço físico das unidades é adequado. O espaço físico da USF para realização do trabalho em equipe foi considerado inadequado para 53% agentes comunitários de saúde e 49% dos auxiliares de enfermagem pesquisados (Tabela C22).

As opiniões dos profissionais de nível superior sobre o espaço físico das unidades de saúde foram divididas, indicando diversidade de situações. Médicos e enfermeiros (65%) informam que os espaços, inclusive consultórios, são compartilhados por mais de uma ESF. Para 57% desses profissionais, o espaço não permite o atendimento de forma confortável para usuários e profissionais. A manutenção das unidades é considerada por 68% dos médicos como insatisfatória. Cerca da metade dos médicos e dos enfermeiros (51%) considera que o espaço físico permite realizar reuniões de equipe e com privacidade, assim como as unidades contêm a tecnologia necessária ao

desenvolvimento das ações básicas de saúde na opinião desses profissionais de saúde (60%).

O horário de funcionamento das USF informado pelos profissionais de nível superior era em sua maioria de oito às 17 horas, com intervalo para o almoço (12-13 horas) (C2). No município seis unidades básicas de saúde funcionam com turno ampliado, no horário das 17:00 às 22:00 horas.

### **Concepção do modelo assistencial**

A gestão da atenção básica nas cinco regiões de saúde do município está organizada a partir da composição de cinco equipes regionais, que têm atribuição de gerentes de política de saúde no território de abrangência, composta por um coordenador, um supervisor e profissionais de apoio. Estas equipes têm como principal função o gerenciamento da rede em nível regional, estando sob sua responsabilidade determinada quantidade de unidades básicas de saúde. Cada unidade básica conta com um coordenador local e, no mínimo, uma equipe de saúde da família, responsável por território definido.

Na visão do coordenador de atenção básica, o desafio atual na Estratégia Saúde da Família é conseguir manter o norte na prática diária para que a atenção primária seja o centro do modelo assistencial, os serviços básicos se consolidem como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde municipal, e se estabeleçam fluxos hierárquicos perpassando os demais níveis do cuidado, desde as equipes de apoio, as policlínicas, a urgência e emergência nas Unidades de Pronto Atendimento até a alta complexidade.

Para o secretário municipal de saúde, a unidade básica de saúde deve ter responsabilidade sanitária com a população do seu território de abrangência. É responsável por organizar ações de promoção, prevenção e atenção à saúde para sua população. Entende que a unidade de saúde precisa ser resolutiva, para que se torne o serviço de saúde de uso regular do paciente. Para que o usuário possa confiar. O esforço deve ser por: *“Acreditar, confiar e fidelizar a população à sua unidade de saúde”*. A organização de fluxos, acrescenta, é condição para ampliar a resolutividade da unidade básica: *“Na medida em que o fluxo da rede caminha, temos qualificação e melhora no potencial diagnóstico da atenção básica”*

A Secretaria Municipal de Saúde editou a Portaria/SS/GAB/Nº 283/2007, que normatiza a organização da atenção básica e as atribuições das equipes de saúde da família no sistema local de saúde. O esforço de regulamentar as ações desenvolvidas com base na Estratégia Saúde da Família é um dos mecanismos adotados pelos gestores da saúde, no sentido de superar os limites impostos pela realidade.

Para a elaboração da Portaria 238 tomou-se como base o documento da Política Nacional de Atenção Básica (MS/SAS/DAB, 2006), pela qual a atenção básica deve ser a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, ao passo que a Estratégia Saúde da Família deve ter caráter substitutivo à rede tradicional de atenção básica nos territórios onde atuam as equipes de saúde da família, configurando-se como modelo assistencial substitutivo (PMF/SMS/GS, 2007).

As unidades básicas de saúde devem se responsabilizar integralmente pela saúde da população do território onde se inserem. A partir dos centros de saúde deveria ocorrer o acesso e o seguimento nos demais níveis de atenção, e a continuidade do acompanhamento ao longo da vida, nos ciclos vitais das famílias e comunidades (PMF/SMS/GS, 2007). Em todos os centros de saúde, independente de comporem ou não Estratégia SF, os profissionais de saúde deveriam atuar em consonância com a Estratégia Saúde da Família.

Nas regionais de saúde devem ser organizadas equipes de apoio às ESF e deveriam atuar de acordo com a lógica de matriciamento, como retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às ESF (PMF/SMS/GS, 2007).

Segundo o coordenador da atenção básica, uma das características do modelo de atenção adotado no município é a formação de equipes de apoio que atuam de forma matricial, no mesmo sentido da proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) formulado pelo Ministério da Saúde. As equipes de apoio, segundo a Portaria, são compostas por pediatra, psicólogo, psiquiatra, psicólogo, geriatra, ginecologista e farmacêutico, cuja atuação ocorre nas regionais de saúde. No momento da pesquisa (2008), o matriciamento estava implantado somente para saúde mental e geriatria com profissionais nas regionais responsáveis pelo apoio de determinado número de ESF.

A perspectiva dos gestores da saúde é de implantação dos NASF integrados por profissionais que já participam de equipes de supervisão. Cada NASF deverá ser composto por no mínimo cinco profissões, de acordo com a necessidade epidemiológica



identificada na região sobre a qual terá responsabilidade sanitária. Cada NASF deverá estar vinculado a no mínimo oito e no máximo 20 ESF.

As equipes deveriam conhecer o território e a sua população residente na área de abrangência e executar ações de vigilância em saúde, atuando no controle de doenças infecto contagiosas, doenças crônicas não transmissíveis e as relacionadas ao trabalho e meio ambiente. As ESF deveriam realizar o cadastramento domiciliar, consultas agendadas, priorizando crianças, gestantes e puérperas, idosos, deficientes físicos, hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, HIV/DSTs e saúde mental. Deveriam ainda realizar atendimento de urgência para livre demanda, visitas domiciliares, trabalho com grupos, atividades educativas, diagnóstico situacional. As ações de saúde deveriam ser pactuadas com a comunidade onde a ESF atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo (PMF/SMS/GS, 2007).

A concepção da Estratégia SF implementada em Florianópolis está alicerçada na organização da demanda com o estabelecimento de prioridades para o atendimento, o que se reflete na organização do trabalho das ESF e, por vezes, restringe o acesso às USF dos cidadãos não pertencentes aos grupos prioritários. Como mencionado, na Portaria e informado por gerentes, são definidas prioridades no atendimento para crianças até seis anos, gestantes, idosos (a partir dos 60 anos) e mais recentemente portadores de diabetes e hipertensão arterial. Na prática, o atendimento da demanda espontânea nas unidades é diversificado. Para os grupos de risco agendam-se consultas e atende-se demanda espontânea por meio do acolhimento diário. Em algumas das UBS com ESF com turnos ampliados com clínicos para o pronto atendimento da demanda espontânea de grupos não prioritários, em outras o acesso dessa população é mais restrito com atendimento apenas semanal.

### **Atores envolvidos na consolidação**

Além do apoio do prefeito, determinante no processo de implementação e consolidação da Estratégia em Florianópolis, o empenho dos profissionais que estavam na gestão, foi decisivo para fortalecer a área da atenção básica e fortalecer a expansão da estratégia saúde da família, informaram os gestores. Houve apoio da população e sua representação em instâncias de controle social tem influenciado na organização dos Conselhos Locais de Saúde. O Conselho Municipal de Saúde tem se manifestado favorável e tem apoiado a implementação da estratégia. Recentemente tem se posicionado favorável à inclusão dos NASF.

A categoria médica não se opõe à Estratégia SF. Dois fatores contribuem neste sentido: a existência do programa docente-assistencial com residências médica e multiprofissional, incrementando a formação na área de saúde da família, e o incentivo salarial para os profissionais que aderiram à Estratégia.

O Sindicato dos Médicos e o Conselho Regional de Medicina pouco se manifestam a respeito da Estratégia. Em seus debates questionam a diferenciação salarial entre os médicos com especialização em saúde da família e aqueles que não têm esta especialização. O presidente do CRM informou que o Conselho não é desfavorável à Estratégia Saúde da Família no município. Entretanto faz críticas à forma como a estratégia está estruturada, e ocorre a inserção profissional, o que teria consequências negativas para a categoria médica. A falta de garantias trabalhistas para os médicos no estado seria a principal crítica do CRM à Estratégia.

O COREN se posiciona contrário à atuação das equipes de Saúde da Família dentro das unidades de saúde. Na sua percepção de seu presidente, a ESF deveria atuar diretamente na comunidade e com enfoque mais preventivo do que curativo.

A Associação Catarinense de Medicina de Família e Comunidade se manifesta favorável ao desenvolvimento e a ampliação da Estratégia Saúde da Família no município. Demonstrou preocupação com o alcance de um nível adequado de equipes por população de forma a proporcionar condições de trabalho adequadas para o médico e equipe e um bom atendimento à população.

## **GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Para compreender a forma como as relações de trabalho são estabelecidas, 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 sobre a forma de inserção desses profissionais é possibilitado por meio do mapeamento dos vínculos estabelecidos, mecanismos de seleção utilizados e a remuneração dos profissionais. Procurou-se verificar a rotatividade e os possíveis motivos de insatisfação dos profissionais que dificultam sua 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 estabelecidas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

De maneira geral, as informações reunidas demonstram que a gestão de trabalho das equipes de Saúde da Família em Florianópolis tem buscado equacionar as múltiplas variáveis que influenciam diretamente a dinâmica entre os profissionais e seu trabalho com a comunidade.

Na visita de campo realizada, observou-se grande preocupação dos gestores com a substituição dos quadros terceirizados em todas as categorias profissionais, através da aplicação do instrumento de concurso público, visando o melhor desempenho das ações de saúde. Essa lógica esbarra, no entanto, na dificuldade de fixar os médicos e garantir o cumprimento pelos mesmos da carga horária de 40 horas, fato inerente à estrutura ocupacional no mercado de trabalho público e privado de saúde em face da forte presença da prática liberal da medicina como concorrente. No município de Florianópolis, este fato se agrava porque a regulamentação interna da Secretaria Municipal de Saúde exige, além da carga horária integral, dedicação exclusiva.

Para o Conselho Regional de Medicina de Florianópolis, o vínculo exclusivo é fator limitante para fixação dos profissionais no PSF. Por outro lado, a pouca oferta de vagas para residência médica no estado faz com que os médicos ingressem no PSF pela possibilidade de fazer a residência, mas, ao concluírem a mesma, se desligam, informaram gerentes.

Compreendido como estratégia de mudança do modelo assistencial e como prioridade da gestão municipal, o PSF em Florianópolis procurou se estruturar de forma a responder às demandas técnico-gerenciais decorrentes da ampliação da oferta de serviços, a partir da adesão ao Pacto de Gestão em 2007. Nesta perspectiva, foi criado um Grupo Gestor da Atenção Básica, composto pelo coordenador da atenção básica e duas técnicas da SMS.

Nesta estrutura, a Assessoria Técnica de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde (na estrutura formal) ou Divisão de Recursos Humanos (na estrutura não

oficializada), assume um caráter mais de administração salarial segundo a sua coordenação, sendo responsável apenas por questões administrativas que incluem a contratação de RH, a inclusão dos profissionais no quadro, checagem das exigências legais para contratação, substituição de profissionais nos casos de pedidos de demissão ou término do contrato temporário.

Na perspectiva da equipe gestora, o processo de qualificação de recursos humanos na área da saúde deve ser contínuo, sendo importante que seja mantido um espaço de qualificação permanente, de atualização para os profissionais, e que os mesmos sejam motivados a se aperfeiçoarem. Assim, os programas de capacitação e educação permanente passam, na nova estrutura, a ser de responsabilidade da área de Desenvolvimento Institucional.

Para o secretário municipal de saúde, entre os principais desafios para a consolidação da Estratégia SF no município está a existência de um quadro de pessoal preparado para responder às demandas de forma resolutiva. Para esse gestor, é importante que haja investimento em políticas de RH e de remuneração, bem como a adequação dos recursos humanos à APS.

Os gestores entrevistados reconhecem, em sua maioria, que a primeira das dificuldades para consolidação e expansão da ESF é a falta de recursos humanos, principalmente os especialistas, quando se exige carga horária de 40 horas semanais. Em segundo lugar aparece a necessidade de melhor capacitação destes recursos.

O Programa de Capacitação da Estratégia Saúde da Família em Florianópolis está basicamente centrado num projeto de integração docente-assistencial através da Rede Docente-Assistencial integrada pela Prefeitura de Florianópolis e a Universidade Federal de Santa Catarina

A expectativa dos gestores é que a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) contribua para ampliação e diversificação dos recursos humanos na ESF, ampliando a abrangência e o escopo das ações de atenção básica, melhorando a qualidade e a resolutividade da atenção a saúde, através de equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuarão em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família.

### **Perfil dos Profissionais das equipes**

Apresenta-se o perfil das profissionais de Saúde da Família que atuam no município de Florianópolis 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 de saúde da família. Assim, são indicadas suas principais características quanto a sexo, idade média, faixa etária dos profissionais de nível superior, escolaridade e formação profissional, experiência anterior de trabalho no modelo PSF, perfil de participação em fóruns de formulação de políticas no âmbito municipal e também em órgãos representativos de categorias profissionais.

O perfil sinaliza a predominância de profissionais do sexo feminino entre todas as categorias profissionais (acima de 90%), exceto para os médicos, com distribuição mais equitativa entre sexo feminino (56%) e masculino (44%).

A média de idade dos médicos é superior às demais categorias profissionais pesquisadas (71% acima de 30 anos) e entre os enfermeiros há o predomínio da faixa etária mais jovem (57% até 30 anos). Entre os ACS, 65% têm mais de 30 anos. Os auxiliares de enfermagem apresentam distribuição mais homogênea concentrando-se mais na faixa de até 30 anos (33%), mas com número expressivo acima de 50 anos (15%).

A escolaridade predominante entre os ACS (73%) e os auxiliares/técnicos de enfermagem (86%) é de segundo grau completo.

Entre os profissionais de nível superior das equipes (médicos e enfermeiros), 85% dos médicos e 44% dos enfermeiros possuem algum tipo de pós-graduação: entre estes, 23% dos médicos e 41% dos enfermeiros com especialização; 51% dos médicos com residência e 12% com mestrado. Mais da metade dos médicos (51%) possuem qualificação em saúde da família e /ou saúde coletiva/saúde pública. Entre os enfermeiros, esse percentual é de 23%.

Em relação à experiência anterior em trabalho no PSF, os médicos são os profissionais que apresentam os percentuais mais expressivos (26% no mesmo município e 52% em outro município). A ideia recorrente do trabalho no PSF como alternativa somente para os recém-formados pode não encontrar respaldo direto nessa realidade, com cerca de 30% dos médicos com tempo de permanência no município superior a quatro anos. Os demais profissionais das equipes informam em sua maioria não ter experiência anterior com o PSF (51% dos enfermeiros, 75% dos técnicos/auxiliares e 93% dos ACS).

**Inserção profissional: vínculo trabalhista, mecanismos de seleção e remuneração**

O processo de contratação da SMS se realiza de duas formas, por meio de concurso público ou por processo seletivo público. Os concursos públicos constituem-se na forma principal de contratação para a Estratégia SF, sendo que nos dois últimos Concursos Públicos foram abertas vagas específicas para médicos especialistas em Saúde da Família.

Todos os profissionais que ingressam no PSF têm necessariamente carga horária de 40 horas semanais, tempo integral e dedicação exclusiva, havendo tabela de gratificação para esses profissionais.

Dentre os principais problemas em relação à seleção e à vinculação dos profissionais através de concurso público foram relatados por gerentes: i) a falta de preparo dos profissionais que se reflete no baixo índice de candidatos classificados, principalmente na categoria médica; ii) exigência de tempo integral e dedicação exclusiva, feita pelo PSF.

Não existe, no município, um Plano de Carreiras próprio para a Saúde. Há um plano da Prefeitura, que não segue as orientações do Ministério da Saúde, além de uma Mesa de Negociação, que vem sendo realizada pela Secretaria de Administração com a presença dos servidores da Saúde e dos Sindicatos, através da qual está sendo construído novo plano específico para a SMS.

O vínculo dos profissionais de todas as categorias é estabelecido predominantemente com a Secretaria Municipal de Saúde. A maioria (96%) dos profissionais de nível superior entrevistados tem contrato de trabalho com a SMS. Entre os ACS, este percentual é de 94%.

Uma análise da forma do contrato de trabalho indica diversidade de vínculos entre as categorias profissionais da equipe. Para os profissionais de nível superior, observa-se o domínio do vínculo Estatutário, principalmente para os médicos (66%), seguido do contrato por regime especial temporário (20%). Os enfermeiros têm contratos mais diversificados, predominando os vínculos temporário (51%) e estatutário (31%).

Para 81% dos ACS, o contrato de trabalho é predominantemente celetista. Quanto aos auxiliares/técnicos de enfermagem, há equilíbrio entre os tipos de vínculos: 49% são estatutários e 42% contratados por regime temporário.

Em relação aos motivos de escolha para trabalhar na ESF, tanto médicos (71%) quanto enfermeiros (74%) informam que a principal razão é a identificação do profissional 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”*). A segunda razão, citada por 54% dos médicos e 60% dos enfermeiros, foi a percepção de que a Estratégia SF pode contribuir para maior controle social da população organizada sobre os serviços de atenção à saúde. Já a possibilidade de ser um mercado de trabalho promissor, com salário diferenciado e jornada de trabalho fixa, aparece com percentual bem maior para os enfermeiros (49%) do que para os médicos (18%).

Tanto os ACS quanto os auxiliares/técnicos de enfermagem citam que a principal razão para trabalhar na ESF foi o fato de compartilharem a idéia de que a estratégia do PSF pode resolver as necessidades de saúde da comunidade e organizar a atenção de saúde (67% e 69%, respectivamente). Para os ACS a segunda principal razão é o fato de ser próximo à residência (59%), seguida da motivação para trabalhar com a comunidade própria (49%).

Vale observar que 30% dos ACS estão no PSF por estarem desempregados, revelando, assim, perfil diferenciado desta categoria perante as demais que compõem a equipe.

Os profissionais de nível superior cumprem, em sua maioria, 40 horas semanais com dedicação exclusiva, com percentuais de 74% no caso dos médicos e 87% para os enfermeiros. Um número reduzido de trabalhadores afirma ter flexibilidade para exercer outra atividade além do trabalho na ESF.

Dada a dificuldade de atração dos médicos para a rede pública de saúde do município ao PSF, em função da exigência do cumprimento das 40h semanais e dedicação exclusiva, foi criado incentivo remuneratório, em 2003, para os que optassem por trabalhar no Programa. Em julho de 2007, esta modalidade foi substituída pela gratificação do PSF em seu valor máximo, extensiva a todas as categorias e às diferentes formas de contrato, para os profissionais que tivessem algum nível de especialização.

A gratificação salarial funcionou como incentivo para que os médicos migrassem da rede básica tradicional para o PSF. Atualmente, o salário inicial de um médico com 30 horas semanais na rede, independente de ter residência ou não, é de R\$ 1.509,56. Caso integre o PSF como especialista, o vencimento passa a ser de R\$ 6.146,87; aqueles que não têm nenhum nível de especialização ou residência percebem R\$ 4.721,29.

Ainda na linha do incentivo, uma indenização de gasolina foi criada por decreto da Prefeitura para médicos, odontólogos e enfermeiros; para os demais profissionais foi concedido vale-transporte.

Outro aspecto analisado pela pesquisa diz respeito à remuneração bruta. Observa-se diferença significativa entre as faixas salariais dos profissionais de nível superior. Enquanto 56% dos médicos informam a remuneração bruta entre R\$6.001,00 e R\$ 8.000,00, 84% dos enfermeiros informam perceber entre R\$2000,00 e R\$4000,00.

Mais da metade dos ACS (52%) declaram perceber entre R\$601,00 e R\$800,00 e 23% entre R\$401,00 e R\$600,00. A remuneração de 42% dos auxiliares/técnicos de enfermagem está acima de R\$1.000,00. No entanto, o mesmo percentual percebe até R\$600,00, o que demonstra amplitude considerável nas remunerações destes trabalhadores.

A maior parte dos profissionais de nível superior considera que a remuneração recebida não está compatível com as atribuições exercidas, sendo que esta percepção é mais fortemente observada na categoria dos médicos (79%). Os enfermeiros têm opinião mais dividida: 51% dos profissionais mencionem a compatibilidade, 46% consideram a remuneração incompatível com as atribuições. Na categoria dos ACS, o quadro se inverte. Pela percepção de 54% dos profissionais, a remuneração é compatível com as atribuições

.

### **Rotatividade e estratégias para fixação de profissionais**

De acordo com os gestores da SMS, a rotatividade dos profissionais efetivos é baixa, ao contrário dos profissionais contratados temporariamente, que apresentam alta rotatividade causando problemas ao desenvolvimento dos serviços.

A rotatividade vem sendo mencionada como um dos nós críticos ao longo desta discussão sobre a gestão do trabalho no PSF. Entre as estratégias utilizadas pela SMS destacam-se a realização de concursos públicos, a contratação de especialistas em Saúde da Família, o investimento na capacitação e os incentivos salariais.

A baixa permanência dos contratos temporários na ESF envolve duas questões centrais, principalmente em relação aos médicos: a carga horária de 40 horas e a dedicação exclusiva.



Para a compreensão da rotatividade sob a perspectiva dos profissionais identificou-se inicialmente o tempo de atuação no município e a sua permanência na mesma equipe. E também se buscou conhecer a percepção dos médicos e enfermeiros sobre possíveis razões de insatisfação.

Sobre o tempo de atuação dos profissionais de nível superior no município de Florianópolis 27% dos profissionais atuam no município há mais de quatro anos. Para os médicos, esse percentual é de 30% e para os enfermeiros, de 24%.

Entre os ACS, 46% atuam há mais de cinco anos no município de Florianópolis e 41% entre dois a cinco anos. No caso dos auxiliares/técnicos de enfermagem, a situação é distinta, pois há distribuição mais equitativa no tempo de atuação da ESF. Apenas pouco mais de um quarto desses profissionais (26%) tem tempo superior a cinco anos.

As principais razões para insatisfação e rotatividade, na percepção dos médicos e enfermeiros pesquisados, estão relacionadas aos seguintes fatores: i) Condições de trabalho precárias (médicos 71% e enfermeiros 31%); ii) remuneração inadequada dos profissionais (médicos 62% e enfermeiros 34%); iii) Instabilidade do vínculo (médicos 54% e enfermeiros 64%). Além destes, também foram apontados os seguintes fatores: i) a baixa oportunidade de progressão profissional (médicos 57% e enfermeiros 11%); ii) baixo comprometimento dos profissionais com o PSF (médicos 49% e enfermeiros 36%); iii) formação prévia dos profissionais incompatível com modelo proposto (médicos 46% e enfermeiros 29%)

As condições precárias de trabalho foram apontadas como fator de maior frequência quanto à insatisfação e possíveis motivos para rotatividade; ainda neste sentido, destaca-se, para os médicos, a avaliação de que a remuneração é incompatível com suas expectativas e, para os enfermeiros, a instabilidade dos vínculos.

### **Capacitação das ESFs**

O carro chefe do Programa de Capacitação da ESF em Florianópolis é o projeto de integração docente-assistencial através da Rede Docente-Assistencial integrada pela Prefeitura de Florianópolis e a Universidade Federal de Santa Catarina.

Existe um convênio “guarda-chuva” que cobre várias atividades e é coordenado por gestores da Secretaria Municipal, da Universidade e do Hospital Universitário através do Comitê Gestor da Rede Docente-Assistencial (RDA).

A Rede Docente-Assistencial tem por objetivo promover maior integração ensino, pesquisa e extensão, serviço e comunidade, favorecendo a formação de profissionais mais voltados à realidade e princípios do SUS, sendo este um dos principais resultados na mudança na formação dos alunos. Com esta iniciativa pretende-se intervir na formação dos médicos inserindo-os precocemente no novo modelo assistencial que se coloca na ESF.

Na pesquisa de campo constatou-se que a maior parte dos profissionais de nível superior (72%) reconhece a existência de incentivos do município à formação. Os principais incentivos são: a liberação para realização de cursos (57%); o apoio à participação em eventos científicos (35%) e o adicional financeiro de titulação (28%).

Estes profissionais consideram, em sua maioria, a importância de ter capacitação adequada para o cumprimento de suas atividades, principalmente treinamentos de atualização em atenção básica (82%), participação em encontros com profissionais da saúde da família (72%) e capacitação permanente sobre atenção a grupos específicos (70%).

Para os auxiliares/técnicos de enfermagem, os treinamentos para conhecer competências e atribuições dos membros da ESF e a construção de vínculos com as comunidades são as capacitações necessárias mais citadas.

Em relação ao treinamento introdutório em Saúde da Família, dos 140 ACS entrevistados, 50% declararam ter participado do curso. Destes, 58% consideraram o curso suficiente para execução das funções na Estratégia Saúde da Família. Por outro lado, a participação dos auxiliares/técnicos de enfermagem foi restrita. Apenas 25% deles participaram do treinamento e a maioria considerou o curso suficiente para a realização das atividades. A percepção desses profissionais é diferente daquela dos ACS, uma vez que apontam o despreparo do corpo docente e a linguagem excessivamente técnica como os principais motivos de insuficiência do curso.

Os ACS apontam as supervisões técnicas sob liderança do enfermeiro como as ações de educação permanente que mais participam (60%), seguidas das reuniões periódicas das ESF (48%). Já os auxiliares/técnicos de enfermagem invertem os dados acima, destacando as reuniões periódicas em primeiro lugar (56%) e as supervisões técnicas em segundo (42%).

Em síntese, quanto à capacitação para o PSF verificamos, ao analisar os dados acima,

que a percepção dos incentivos do município à formação é bastante significativa para os profissionais de nível superior.

### **Supervisão dos profissionais**

No município de Florianópolis, o processo de supervisão é referenciado pelo Comitê Gestor e está sob a responsabilidade dos gestores regionais e locais. Em cada regional há um profissional supervisor, papel que o coordenador regional também pode exercer, dependendo da atividade ou do processo a ser acompanhado.

O processo de supervisão inclui a avaliação de como a política de saúde vem sendo implementada no território, o processo de educação e vigilância em saúde, as necessidades de recursos humanos e também a supervisão dos processos administrativos da Unidade. A supervisão atua como processo de gerenciamento administrativo, logístico, de insumos, de RH e de apoio, além do acompanhamento da execução das políticas.

Os supervisores geralmente são médicos, enfermeiros e odontólogos e a dinâmica de supervisão inclui reuniões mensais de avaliação e visitas às Unidades. Na reunião mensal, o supervisor procura avaliar o andamento do processo, levar informações de novos fluxos e ações, verificar o levantamento de problemas e encaminhar soluções.

Para algumas especialidades, o matriciamento atua como supervisão clínica. Este modelo já vem funcionando para a saúde mental e para a geriatria. A proposta da coordenação de atenção básica é de que todas as demais especialidades de apoio sigam modelo semelhante a esse, a ser reforçado pelo NASF, funcionando como apoio clínico e mesmo pedagógico.

Como instrumento de supervisão, uma proposta é utilizar os indicadores da Atenção Básica estabelecidos no Pacto pela Saúde, que ainda não foi implementada.

A pesquisa verificou se os profissionais reconhecem a existência do processo de supervisão e também a forma e periodicidade com que ela acontece, bem como o profissional responsável e o foco da supervisão para as diferentes categorias profissionais pesquisadas.

Reconhecem a existência de supervisão 59% dos profissionais de nível superior, os enfermeiros (61%) mais que os médicos (56%).

Quase a totalidade dos ACS (94%) informou a existência da supervisão, índice pouco

menor para os auxiliares/técnicos de enfermagem (79%).

Sobre a supervisão exercida, as diversas categorias profissionais mostraram visões bem próximas. Tanto para profissionais de nível superior (47%) como para os ACS (52%) e auxiliares/técnicos de enfermagem (54%), a supervisão é realizada para cada equipe ESF. A informação sobre periodicidade da supervisão apresenta características diferentes conforme a categoria profissional. Para os profissionais de nível superior, predomina a informação de que a supervisão ocorre mensal (46%) e semanalmente (21%). Entre os ACS, predomina a periodicidade semanal (46%) e também diária (35%). Para os auxiliares/técnicos de enfermagem predomina a periodicidade da supervisão diária (39%).

De maneira geral, parece não haver clareza acerca do processo de supervisão. Somente os ACS e auxiliares/técnicos informaram, quase na totalidade, que o responsável pela supervisão é o enfermeiro (76% e 83%, respectivamente). Os profissionais de nível superior indicam as coordenações distritais/zonais/regionais do PSF (27%) e a equipe multiprofissional (16%) na função de supervisão.

### **Trabalho em equipe**

A avaliação sobre o trabalho em equipe buscou conhecer a percepção quanto ao reconhecimento da coordenação da equipe e do profissional que exerce essa função. Também se buscou conhecer a avaliação dos profissionais acerca de diferentes fatores que influenciam diretamente a atuação da equipe, bem como a percepção dos ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem a respeito da frequência de ocorrências que dificultam a realização do trabalho da ESF.

Um total de 66% de profissionais de nível superior reconheceram a existência de coordenador da equipe de saúde da família. A maioria (86%) dos ACS reconhece o cumprimento da função de coordenação da equipe por algum profissional, da mesma forma que os auxiliares/técnicos de enfermagem (75%).

A identificação do profissional que exerce a função de coordenador da ESF foi outro fator investigado. Para os profissionais de nível superior, 52% consideram o enfermeiro como coordenador da equipe, sendo que os enfermeiros (61%) apresentam percentual bem maior que os médicos (43%).

Os auxiliares/técnicos de enfermagem também reconhecem o enfermeiro como coordenador da equipe de saúde da família bem mais que os ACS, com percentuais de 57% e 49%, respectivamente.

Disso se depreende que os ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem reconhecem a supervisão exercida pelos enfermeiros, além de todas as categorias profissionais atribuírem ao enfermeiro a função de coordenar a ESF.

Ao serem indagados sobre os fatores que sempre acontecem no trabalho da ESF, os médicos e enfermeiros declararam que são: o relacionamento bom e respeitoso, a capacidade que a equipe tem em rever suas rotinas e procedimentos, além da maneira como a equipe organiza de forma conjunta a programação das atividades da equipe. Para essas categorias, as características que possuem pouca incidência no trabalho da ESF são: dificuldades tanto no trabalho interno quanto no trabalho com a comunidade e conflitos nas relações.

Para os ACS, as características que sempre acontecem no trabalho da ESF são: o importante papel que os auxiliares têm nas reuniões de equipe e nas atividades realizadas e o fato de a equipe estimular a participação da comunidade.

Para os auxiliares/técnicos de enfermagem, os fatores que pouco acontecem no trabalho da ESF são os mesmos que aparecem para os profissionais de nível superior, ou seja, as dificuldades tanto no trabalho interno quanto no trabalho com a comunidade e a 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 atividades da equipe, o relacionamento bom e respeitoso e a capacidade das equipes em rever procedimentos e rotinas.

Os ACS e 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.

### **Avaliação das entidades representativas de profissionais sobre a gestão do trabalho em Saúde da Família**

As entidades profissionais parecem, em seu conjunto, não oferecer resistências à consolidação da Estratégia SF. A Associação Catarinense de Medicina de Família e Comunidade se manifestou fortemente favorável ao PSF e o COREN e o CRM não se posicionaram contra o programa no município, mas não foram tão enfáticos. Seus dirigentes demonstraram poucos conhecimentos sobre o PSF, embora ambos tenham relatado problemas quanto à falta de condições de trabalho para os profissionais, chamando a atenção para o fato de que a implantação da Estratégia Saúde da Família não diminui as filas nos serviços de emergência.

### **Desafios para a gestão do trabalho em SF**

De maneira geral, as informações reunidas demonstram que a gestão de trabalho das equipes de saúde de família em Florianópolis 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 pela busca da regularização dos vínculos através da realização de concursos públicos, pelo investimento e valorização do processo de qualificação dos trabalhadores, pelo tempo de permanência dos profissionais nas equipes, mecanismos de remuneração adequados por categoria e complementações via recompensas específicas e pelas estratégias de fortalecimento das equipes através da implantação do modelo matricial.

No entanto, chama a atenção que embora esses mecanismos de gestão estejam implementados ainda se destaca, principalmente no relato dos gestores, a dificuldade para atração e retenção dos médicos.

Como principais desafios para a gestão do trabalho no município de Florianópolis destacam-se a inserção dos ACS no quadro permanente, a necessidade de um Plano de Carreiras próprio para a área de saúde, a adesão das categorias médica e de enfermagem e suas respectivas representações ao novo modelo assistencial que orienta a Estratégia Saúde da Família e o aperfeiçoamento dos mecanismos de gestão.

Do ponto de vista do perfil dos profissionais destaca-se a necessidade de ampliar a quantidade de profissionais com especialização própria para atuar na Estratégia Saúde da Família, especialmente entre enfermeiros.

Sobre a rotatividade, deve-se considerar que a percepção dos profissionais ainda aponta a remuneração como fator de insatisfação, embora a SMS de Florianópolis tenha

implantado a complementação dos profissionais em seu patamar mais alto e ofereça benefícios. Além disso, destacam-se como fatores de insatisfação: 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.

Por fim, as dimensões analisadas da gestão do trabalho nas equipes do município de Florianópolis reforçam os desafios na busca em minimizar a complexidade da inserção dos profissionais na Estratégia Saúde da Família face ao contexto de trabalho e seu entorno.

No sentido de alterar este panorama são colocadas 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 se insere a discussão das instituições e mecanismos de regulação do sistema e das relações de trabalho, bem como aspectos de regulação profissional.

## **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 ESF do município de Florianópolis 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.

### **Programação das atividades da equipe**

A programação das atividades realizadas pela ESF em Florianópolis é fortemente orientada pelas demandas da população, de acordo com mais de 80% dos profissionais de nível superior e 53% de nível médio, seguida pela decisão da equipe a partir do perfil epidemiológico da população e da realidade local (67% dos profissionais de nível superior e 61% do nível médio). Orientações da Secretaria Municipal de Saúde informam a programação, segundo 70% dos profissionais de nível superior e 67% dos

profissionais de nível médio. Os dados do SIAB são instrumentos importantes para a programação das ações, segundo 79% dos ACS e 54% dos auxiliares/técnicos de enfermagem).

A periodicidade da programação é semanal, segundo 41% dos médicos, 53% dos enfermeiros, 71% dos ACSs e 37% dos auxiliares/técnicos de enfermagem. Outra parte considerável dos profissionais afirmou que a programação das atividades é realizada mensalmente (31% dos médicos, 33% dos enfermeiros, 14% dos ACSs e 31% dos auxiliares/técnicos de enfermagem). Os médicos, enfermeiros e ACSs são os integrantes da equipe básica que mais participam na realização da programação de ações da Estratégia Saúde da Família, os auxiliares/técnicos de enfermagem foram citados por pouco mais da metade dos profissionais entrevistados.

Para 67% dos médicos e 90% dos enfermeiros, os dados do SIAB são remetidos mensalmente para a Secretaria Municipal de Saúde; para 41% dos médicos e 77% dos enfermeiros, os dados são levados para discussão entre a equipe. Entre os profissionais de nível médio, 67% dos ACSs responderam que os dados do SIAB são analisados pela equipe e usados para a tomada de decisões; 41% ACS e 58% dos auxiliares/técnicos de enfermagem os dados são remetidos mensalmente a Secretaria Municipal de Saúde; 43% dos auxiliares/técnicos de enfermagem informaram que os dados são discutidos entre a equipe e 41% dos ACSs afirmam que a equipe discute os dados do SIAB com a coordenação do PSF.

Foi solicitado aos ACSs e aos auxiliares/técnicos de enfermagem que indicassem a frequência com que empregam alguns instrumentos para facilitar o seu processo de trabalho. O cadastro das famílias foi citado por 82% dos ACSs e 62% dos auxiliares/técnicos de enfermagem como utilizado sempre ou na maioria das vezes, seguido pela reunião de equipe (79% dos ACSs e 80% dos auxiliares/técnicos de enfermagem), pelos relatórios consolidados de informações do SIAB (77% dos ACSs) e pela programação semanal (75% dos ACSs e 62% dos auxiliares/técnicos de enfermagem).

### **Ações prioritárias da equipe**

A maioria dos médicos (88%), enfermeiros (90%), ACS (82%) e auxiliares/técnicos de enfermagem (87%) estabelece prioridades no atendimento da população cadastrada pela



sua equipe. Entre as ações prioritárias mais destacadas pelos profissionais de nível médio e superior estão:

- a atenção pré-natal (90% dos médicos, 90% dos enfermeiros, 90% dos ACS e 88% dos auxiliares/técnicos de enfermagem),
- a atenção à criança (84% dos médicos, 91% dos enfermeiros, 91% dos ACS e 90% dos auxiliares/técnicos de enfermagem),
- o controle da diabetes (74% dos médicos, 83% dos enfermeiros, 87% dos ACS e 89% dos auxiliares/técnicos de enfermagem),
- o controle da hipertensão (74% dos médicos, 83% dos enfermeiros, 87% dos ACS e 89% dos auxiliares/técnicos de enfermagem),
- atenção aos idosos (72% dos médicos, 80% dos enfermeiros, 91% dos ACS e 94% dos auxiliares/técnicos de enfermagem) e a
- atenção ao puerpério (66% dos médicos, 80% dos enfermeiros, 81% dos ACS e 74% dos auxiliares/técnicos de enfermagem).

O controle de câncer uterino foi destacado por 76% dos enfermeiros e 54% dos médicos. A saúde mental é ação prioritária para o município e, mesmo sem ter sido incluída na lista de ações contida no questionário aplicado aos médicos, enfermeiros e profissionais de nível médio, foi lembrada por alguns deles.

### **Atividades rotineiras realizadas pelas ESF**

Foi solicitado aos profissionais que indicassem a frequência das atividades realizadas semanalmente com base em sua experiência dos 30 dias anteriores à pesquisa. A maioria dos médicos respondeu que realiza todos os dias consulta clínica individual para a população cadastrada (90%), atendimento de emergência/urgência e atendimento à demanda espontânea da população (80%), procedimentos de rotina de sua responsabilidade (74%), consulta clínica individual para grupos prioritários (61%). Uma vez por semana, os médicos realizam visita domiciliar (59%), reunião de equipe (46%) e; 69% realizam uma vez por mês reuniões com a coordenação/supervisão. A maioria dos médicos não realiza atividades de administração e gerência (72%).

Atividades de grupo são feitas pela maior parte dos médicos (72%) uma vez por mês (26%) ou uma vez por semana (23%). A maioria dos médicos realiza visitas domiciliares (93%) e para 59% dos médicos, acontecem uma vez por semana. Cerca de

43% dos médicos informaram realizar reuniões com a comunidade, dentre os quais 30% fazem encontros com a comunidade uma vez por mês.

A maior parte dos enfermeiros realiza todos os dias procedimentos de rotina de sua responsabilidade (89%), atendimento à demanda espontânea da população (84%), supervisão do trabalho dos auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (71%), atendimentos de urgência e emergência (69%) e consulta clínica individual para a população cadastrada (59%). Os enfermeiros fazem uma vez por semana: reunião de equipe (69%) e visita domiciliar (58%). Reuniões com a coordenação/supervisão por 77%, uma vez por mês (tabela C11).

Atividades de grupo são realizadas pela maior parte dos enfermeiros (86%) uma vez por mês (30%) ou uma vez por semana (29%). A maioria dos enfermeiros realiza visitas domiciliares (97%) e para 56% dos enfermeiros, uma vez por semana. Cerca de 47% dos enfermeiros informaram realizar reuniões com a comunidade, dentre os quais, 33% faz encontros com a comunidade uma vez por mês.

Os ACSs informaram realizar todos os dias: visita domiciliar (61%), trabalho de campo desenvolvendo atividades dirigidas para as famílias (56%), controle de hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase (56%), informar sobre imunização infantil (55%). As reuniões de equipe acontecem uma vez por semana (62%). O preenchimento dos formulários de informações para o SIAB é realizado uma vez por mês (78%).

As visitas domiciliares são efetuadas por todos os ACS (100%) todos os dias ou pelo menos uma vez por mês, concentrando-se em todos os dias (61%). Sessenta e oito por cento dos ACSs informaram realizar trabalho de campo desenvolvendo atividades dirigidas para a comunidade em geral, dos quais 29% afirmaram realizar tais atividades todos os dias e 19% uma vez por mês. Cerca de 68% dos ACS realizam levantamento das necessidades da população na área de saneamento básico e meio ambiente, sendo que dentre eles, 35% realizam uma vez por mês e 21% todos os dias. A organização de grupos de usuários é realizada por 48% dos ACS entre uma vez por mês e todos os dias, tendo 26% informado que realizam uma vez por mês e 14% uma vez por semana.

A maioria dos auxiliares/técnicos de enfermagem afirmou desenvolver todos os dias atividades tais como: aplicação de injeção e realização de curativos (90%), inalação (82%), aplicação de vacinas (71%) e pesagem de crianças (64%). As reuniões de equipe

(49%) e as reuniões com a coordenação /supervisão (75%) são realizadas mais frequentemente, uma vez por mês.

A maior parte dos auxiliares/técnicos de enfermagem informou que realiza visitas e procedimentos de auxiliar de enfermagem nos domicílios (71%) uma vez por mês ou mais vezes, concentrando-se em uma vez por semana (29%) e de uma a três vezes por semana (22%). Desenvolvem atividades de campo dirigidas à comunidade em geral cerca de 57% dos auxiliares/técnicos de enfermagem, dos quais 15% afirmaram realizar tais atividades todos os dias e 14% uma vez por mês. Cerca de 32% dos auxiliares/técnicos de enfermagem organizam grupos de usuários e 14% o fazem uma vez por mês.

### **Visita Domiciliar**

As visitas domiciliares são realizadas por todos os ACSs (100%), com frequência mínima mensal (70%) (Tabelas C11 e C13). Muitos entrevistados afirmaram que a frequência das visitas depende das necessidades de cada família (Tabela C13).

A maioria dos médicos (90%) e dos enfermeiros (95%) realiza 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 (90%) realizam visitas domiciliares em conjunto com os outros profissionais da ESF, entre os quais, o profissional mais citado é o médico (74%), enfermeiros e ACSs foram apontados por mais de 60% dos auxiliares/técnicos de enfermagem.

### **Relação equipe/população**

Para 67% dos médicos e 73% dos enfermeiros entrevistados, 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 (90%) e as ações desenvolvidas através das visitas domiciliares de ACS (74%), e, que 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 e a realização de atividades para acompanhamento de grupos prioritários foi considerado pelos médicos como valorizados pela população, contudo em menor proporção (61%).

Perguntados sobre a relação da ESF com a população que atendem, os médicos (53%) e os enfermeiros (47%) entendem que estabelecem vínculos com a população com base no reconhecimento das famílias, de seus membros individuais e de suas necessidades específicas. Para 30% dos médicos e 34% dos enfermeiros, a relação da ESF com a população que atendem 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 18% dos médicos e enfermeiros preferiram a opção: a relação com a população é cordial e cooperativa.

De acordo com os ACSs, a condição de morador da comunidade em que atuam interfere principalmente na observação de focos de riscos no ambiente familiar e social (33%), no acesso dos moradores para apresentarem queixas e discutir soluções para problemas (32%) e na aceitação de sua presença nos domicílios (27%).

Os ACS (56%) e os auxiliares/ técnicos de enfermagem (42%) afirmaram ter o costume de sempre procurar a família do usuário para discutir o problema de saúde dele, enquanto 24% dos ACS e 33% dos auxiliares/ técnicos de enfermagem afirmaram que procuram a família do usuário raramente.

## **CONHECIMENTO E USO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Como indicadores do conhecimento e uso da Estratégia Saúde da Família pelas famílias foram investigados: o conhecimento espontâneo e estimulado sobre o PSF, o conhecimento da localização da USF, a forma e 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, local e os motivos de atendimento, visita domiciliar por médico ou enfermeiro e o conhecimento do ACS de sua área.

### **Conhecimento do PSF**

A maioria dos entrevistados (70%) informou ter conhecimento da Estratégia Saúde da Família no município (resposta espontânea 40% e estimulada 30%). Entre estes, metade

conhecia o local de funcionamento da USF e a maioria (91%) a considerava de fácil acesso.

Entre os que conheciam a Estratégia Saúde da Família (552 famílias), apenas 58% informaram 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 552 entrevistados que conheciam a Estratégia Saúde da Família. A maioria desses (469 famílias ou 85%) informou que já tinha tido alguma experiência de atendimento pela Estratégia Saúde da Família na unidade ou no domicílio. Este atendimento fora feito pelo Agente Comunitário de Saúde (84%), médico (44%) e enfermeiro (31%). Oito por cento das famílias recebera visita domiciliar feito pelo médico ou pelo enfermeiro da ESF nos últimos 30 dias.

### **Atendimento do próprio entrevistado pela ESF nos últimos 30 dias**

Nos 30 dias anteriores à realização da pesquisa, 53% dos entrevistados que conheciam a ESF foram atendidos por profissional da equipe de saúde da família. Dos que receberam atendimento por profissional da ESF, 67% foram atendidos pelo ACS, 41% pelo médico e 16% pelo enfermeiro. O atendimento, para 54%, fora realizado na própria casa durante as visitas domiciliares e, para 43%, na Unidade de Saúde. Os principais motivos do atendimento do entrevistado nos últimos 30 dias foram: a visita domiciliar de rotina da equipe (51%), por doença ou porque se sentiu mal (27%), para continuidade ao tratamento de doença crônica (hipertensão/diabéticos) (12%).

### **Conhecimento do Agente Comunitário de Saúde**

O Agente Comunitário de Saúde de sua área de moradia era conhecido por 85% das famílias das 469 famílias com experiência de atendimento pela Estratégia Saúde da Família, ou seja, 50% das famílias entrevistadas.

## **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 ESF/USF como porta de entrada preferencial ao sistema de saúde, as estratégias de atendimento à demanda espontânea e a identificação, por usuários, da USF como serviço de procura regular.

Têm-se como pressupostos 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. Igualmente, que 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**

A organização do sistema de saúde em Florianópolis prevê que a porta de entrada preferencial para o acesso à atenção à saúde são os serviços de atenção básica, mais especificamente os centros de saúde com equipes de saúde da família; embora a população ainda tenha o hábito de procurar o serviço de emergência e os hospitais para resolver problemas de saúde que exigem o uso de tecnologias de baixa complexidade. O acesso aos outros níveis assistenciais se processa por meio de encaminhamentos da atenção básica.

Os coordenadores de diversas áreas da SMS entrevistados reconhecem que as unidades básicas/equipes de saúde da família configuram-se como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde municipal.

Representantes da Rede Docente-Assistencial também consideram que, embora não exista uma única porta de entrada para acessar o sistema de saúde, as unidades básicas de saúde funcionam como porta de entrada preferencial. Os gerentes de unidades de atenção básica consideram que os usuários reconhecem a unidade como porta de entrada preferencial.

### **Estratégia de atendimento à demanda espontânea**

Na visão dos gestores da saúde, o acolhimento é a principal ferramenta utilizada para organização e atendimento à demanda espontânea nas unidades básicas do município de Florianópolis. A Coordenação da Atenção Básica entende que a demanda espontânea é uma das atribuições das equipes de saúde da família, o que está previsto na Portaria municipal que regulamenta a atenção básica (Portaria/SS/GAB/Nº283/2007). Esta Portaria municipal normatizou o acolhimento como estratégia para organizar a demanda espontânea nas unidades básicas de saúde a partir do que as unidades passaram a organizar o processo de trabalho sob essa lógica.

Na prática, o atendimento da demanda espontânea nas unidades é diversificado. Em geral, para os grupos de risco com prioridade para atendimento agenda-se consulta e atende-se demanda espontânea por meio do acolhimento diário. Alguns dos centros de saúde com ESF oferecem turnos ampliados e contam com clínicos para o pronto-atendimento da demanda espontânea de grupos não prioritários.

Os gerentes de unidades básicas de saúde visitadas relataram diferentes estratégias de atendimento à demanda espontânea e a forma como esta atividade se organiza. Há unidades que trabalham com consultas agendadas; outras, que reservam a primeira hora dos turnos para a realização do acolhimento e unidades em fase de definição de estratégias para organização da demanda espontânea. Associado ao acolhimento, dependendo do número de equipes existente nas unidades básicas, a demanda espontânea é articulada dentro da própria agenda dos profissionais.

Em parte das unidades de saúde, o atendimento à demanda espontânea ocorre uma vez por semana, e a utilização dos serviços disponíveis nas unidades advém do agendamento prévio por ações programáticas.

A partir da percepção dos profissionais das ESFs, com relação à demanda espontânea, nota-se que é expressiva a expectativa de atenção dos usuários por pronto-atendimento e por atendimento médico, o que pode estar potencializando a demanda espontânea nas USFs.

Na avaliação de 95% dos médicos e 93% dos enfermeiros, 75% dos auxiliares de enfermagem e 56% dos ACSs, o PSF não atende apenas com agendamento prévio. Mais da metade dos médicos (54%), dos enfermeiros (66%) e dos auxiliares de enfermagem (65%) consideram que, na prática, as USF cumprem funções de pronto-atendimento. Os ACS foram os que mais concordaram com esta afirmativa (70%). Médicos (92%) e enfermeiros (97%) consideram ainda que a população apresenta forte demanda por atendimento médico, pressionando a ESF para o atendimento da demanda espontânea.

Chama a atenção que 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, 58% consideram que a população resiste às ações das ESFs. A expectativa dos usuários por atendimento médico pode estar interferindo na adesão às ações desenvolvidas pelos ACSs. Os demais profissionais (25% dos médicos,

28% dos enfermeiros e 35% dos auxiliares de enfermagem) concordaram menos com esta afirmativa (tabela D1a).

### **Avaliação dos profissionais quanto à posição da estratégia na rede assistencial**

Para que a unidade de saúde torne-se o serviço de primeiro contato e procura regular deve ser acessível. Com relação ao acesso, na avaliação dos profissionais das ESFs, o PSF ampliou o acesso de novas parcelas da população aos serviços de saúde no município (89% dos médicos, 93% dos enfermeiros e 77% dos ACS) e é acessível a toda população cadastrada (64% dos médicos, 97% dos enfermeiros, 75% dos auxiliares de enfermagem e 79% dos ACS). Um terço dos médicos discordou desta afirmativa.

Entre os ACS, 61% consideram que o PSF concentra-se em áreas pobres ou periféricas do município. Médicos (43%) e enfermeiros (36%) concordam menos com esta afirmativa, o que vai ao encontro da perspectiva da Secretaria Municipal de Saúde de que a Estratégia Saúde da Família seja o modelo de atenção que organiza a atenção básica em todo o município (D1b).

Entre os profissionais das ESF 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 (79%), enfermeiros (96%), auxiliares de enfermagem (90%) e ACS (85%) concordaram que a população procura primeiro a USF quando necessita de atendimento de saúde. Concordaram também (médicos 87%, enfermeiros 89%, auxiliares de enfermagem 74% e ACS 79%) que o PSF vem substituindo as UBSs no atendimento à população. Do mesmo modo, com o PSF, a população atendida procura menos os serviços hospitalares e especializados.

Em consonância com os resultados anteriores, somente 18% dos médicos e 13% dos enfermeiros concordam com a afirmativa de que a população procura primeiro a rede hospitalar ou as unidades tradicionais de saúde. Entretanto, 62% dos ACS têm opinião oposta aos médicos e enfermeiros sobre a mesma questão, concordando em parte. A maioria dos profissionais (95% dos médicos, 94% dos enfermeiros, 93% dos auxiliares de enfermagem e 90% dos ACS) concorda que o PSF atua articulado aos programas de saúde existentes (D1c).

### **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 Florianópolis. No entanto chama a atenção que menos da metade das famílias vinculadas à ESF procura a unidade básica de saúde como fonte de atenção regular a partir do cadastramento.

Entre as famílias cadastradas por ESF, 74% declararam que costumam procurar o mesmo serviço de saúde para assistência ou prevenção de saúde. (Tabela D10). Este percentual, embora inferior, está próximo do valor estimado na PNAD 2003, em que 79% da população brasileira dispõem do serviço de procura regular.

Agregando as respostas quanto a posto ou centro de saúde e unidade ou equipe de saúde da família do SUS, pode-se inferir que 50% das famílias cadastradas procuraram as UBS como fonte de cuidado para a assistência ou a prevenção. Este valor é bem próximo ao encontrado na PNAD, em que o posto de saúde foi a modalidade de serviço de saúde mais citada por 52% dos entrevistados. Um quarto da população procura os serviços de saúde do setor privado como fonte de assistência ou prevenção. Nota-se que 15% das famílias cadastradas têm os serviços de pronto-socorro ou de emergência do setor público como fonte regular de atenção à saúde, percentual superior ao encontrado nas demais cidades avaliadas neste estudo (Tabela D11).

### **Procura de serviços nos casos de adoecimento nos últimos 30 dias**

Das famílias cadastradas que foram entrevistadas, 72% informaram não ter havido nenhum caso de adoecimento em sua família nos últimos trinta dias (Tabela D3).

As situações de adoecimento ocorridas nas famílias foram avaliadas pelos entrevistados como casos mais ou menos graves (42%) ou sem gravidade (34%) (Tabela D4). No momento da pesquisa o estado de 49% das pessoas que adoeceram era de cura e 29% consideraram que a pessoa que adoeceu estava do mesmo jeito (Tabela D5). Dentre os que adoeceram nos trinta dias que antecederam a entrevista, 73% referiram ter procurado um serviço de saúde (Tabela D6).

Entre as pessoas que procuraram atendimento no serviço de saúde quando adoeceram, 91% foram atendidos no primeiro serviço de saúde procurado (Tabela D8, D9).

Entre as pessoas que adoeceram, 31% foram atendidas em uma unidade básica de saúde (unidade saúde da família, posto/centro de saúde, ACS). Pronto-socorro ou emergência público foi procurado por 28% daqueles que adoeceram. Agregando os percentuais dos atendimentos realizados nos serviços da rede pública, pode se inferir que 72% das pessoas que adoeceram acessaram e utilizaram serviços de saúde do SUS. Contudo,

23% das famílias cadastradas e vinculadas à ESF procuraram o serviço do setor privado no momento em que adoeceram (Tabela D7).

### **Iniciativas das famílias em caso de doença**

Em Florianópolis, a prática de procurar um serviço de saúde diante de mal estar ou adoecimento corresponde ao comportamento de 59% das famílias entrevistadas, das quais 36% procuraram diretamente a emergência hospitalar e 23% procuraram outro serviço de saúde (Tabela D1).

Diante de adoecimento ou mal-estar à noite ou finais de semana a principal iniciativa também é de procurar os serviços de saúde. Dentre estes, o mais procurado em caso de adoecimento em finais de semana é o pronto-socorro ou emergência do SUS, para 58% das famílias entrevistadas. Entre as famílias cadastradas 12% referem procurar pronto-socorro ou emergência do setor privado e 11%, clínicas e médicos de planos de saúde (Tabela D2).

Em síntese, do ponto de vista da gestão, a atenção básica tem se configurado como porta de entrada do sistema de saúde municipal, inclusive com normatização específica para a organização da atenção à saúde nas unidades de saúde, cujo modelo de atenção deveria se pautar na Estratégia Saúde da Família. Contudo, o município enfrenta dilemas que interferem na capacidade de as UBSs assumirem a condição de porta de entrada e ordenadora do cuidado. Entre esses dilemas destaca-se o desafio de responder às demandas espontâneas. O acolhimento, mecanismo de organização dessas demandas, ainda não consegue responder a parte das demandas, o que colabora para que um percentual importante das famílias cadastradas utilize os serviços de urgência como fonte de cuidado regular.

Metade das famílias cadastradas a um serviço de Saúde da Família reconhece a unidade básica como seu serviço de procura regular de atenção e prevenção à saúde. Entretanto, em situação de adoecimento, os serviços de urgência e emergência (28%) têm quase o mesmo percentual de procura do posto/unidade de saúde da família (31%). Além disto, o setor privado é fonte de atenção regular para 23% das famílias vinculadas às equipes de saúde da família.

## **INTEGRAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA À REDE ASSISTENCIAL**

No presente estudo, a coordenação dos cuidados com integração à rede de serviços é um dos eixos principais para a análise do modelo assistencial da atenção básica em saúde a partir da implementação da Estratégia Saúde da Família. Neste sentido, a integração da rede de serviços que contempla a facilidade em acessar os demais níveis de atenção 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 integração da rede são necessárias para garantir a continuidade.

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

Em 2006, Florianópolis iniciou processo de organização de estruturas de regulação ao interior da SMS e em 2007, assumiu gradativamente a responsabilidade pela média complexidade a partir da adesão ao Pacto pela Saúde e a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão. A criação de estruturas de regulação da atenção especializada é recente, tendo sido impulsionada fortemente pela expansão de cobertura pela Estratégia Saúde da Família. Anteriormente, a SMS era responsável apenas pela gestão da atenção básica, sendo a experiência de regulação bastante restrita.

Esforços para integrar a ESF à rede de serviços e ampliar o acesso à atenção especializada têm sido empreendidos por gestores e gerentes da SMS. Contudo, só agora começam a se refletir nos processos de trabalho das equipes de saúde da família e no cuidado prestado. 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 e hospitalar, agravadas pela falta de integração entre prestadores municipais e estaduais. Ainda assim, a situação atual foi considerada melhor que a encontrada, quando o município não era gestor da média complexidade.

### **Acesso à atenção especializada**

É consenso entre gestores, médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família que o percurso mais comum para acesso à atenção especializada acontece por meio de encaminhamento dos centros de saúde. Segundo 97% dos 131 profissionais de nível superior entrevistados (61 médicos e 70 enfermeiros), as consultas com especialistas são agendadas por meio do SISREG e, posteriormente, avisadas ao usuário por telefone ou pelo ACS (96%). Todavia, entre usuários entrevistados que declararam ter consultado com especialista nos últimos 12 meses, apenas 36% afirmaram ter sido encaminhados pela equipe de saúde da família, mas 15% procuraram o serviço por conta própria sem qualquer encaminhamento.

Entre as iniciativas mais exitosas de integração da rede destacou-se a implantação do sistema informatizado de marcação e regulação de consultas e exames especializados – SISREG. Entre as maiores potencialidades do sistema foram apontadas: possibilidade de definição de prioridades clínicas, marcação *on-line* de procedimentos no próprio centro de saúde, conhecimento das filas de espera e acompanhamento do percurso do usuário.

Anteriormente, quando os procedimentos especializados eram marcados pela central estadual, nenhum processo de monitoramento era possível. Os gestores asseguram que a fila nunca havia passado por processos de revisão e que tinha usuários aguardando por atendimento desde 2004. O SISREG possibilitaria também, a partir do monitoramento das referências, redimensionar a distribuição dos procedimentos especializados de acordo com critérios epidemiológicos e sociais.

A maioria dos médicos e enfermeiros (89%) reconhece a existência de central de marcação de consultas especializadas nas unidades básicas. No caso dos procedimentos ofertados por prestadores estaduais, a marcação é efetuada por outro sistema (o sistema de Marcação de Consultas Serviços e exames do Centro de Informática e Automação do Estado de Santa Catarina – CIASC) que, distribui as cotas definidas pela PPI para todos os municípios de Santa Catarina.

Todas as unidades básicas operam com cotas físicas para a atenção especializada. Aproximadamente 48% dos médicos afirmaram que sempre e na maioria das vezes conseguem realizar agendamento para serviços de média complexidade. Para os serviços de apoio à diagnose e terapia, as dificuldades parecem ser um pouco maiores, conforme avaliação destes profissionais: 43% afirmaram que conseguem agendar sempre ou na maioria das vezes.

Gestores ressaltam, entretanto, diferenças entre especialidades, com maior déficit para cardiologia, oftalmologia, neurologia, otorrinolaringologia e ortopedia, com destaque para as duas últimas.

Para 58% das famílias entrevistadas, o intervalo entre o encaminhamento pela equipe de saúde da família e a realização da consulta por especialista é de até 60 dias. A percepção dos médicos difere em relação ao tempo de espera por consultas especializadas. Para a maioria (cerca de 74%), o tempo médio de espera de usuário referenciado para especialista é de três meses e mais. Para as consultas de cardiologia, 44% destes profissionais estimaram o mesmo tempo de espera.

A SMS reconhece dificuldades para a oferta de atenção especializada. A contratação de procedimentos da rede privada e a realização de concursos públicos para especialistas têm sido estratégias adotadas, mas nem sempre efetivas. Segundo os gestores, muitos concursados desistem de assumir a vaga quando convocados, pois o município exige carga horária de 40 horas também para os especialistas. De acordo com gestores, mais que problemas em relação à oferta de média complexidade, o município enfrenta problemas de acesso, uma vez que nem todos os procedimentos acordados na PPI são disponibilizados ao município por meio da central estadual.

Entre as famílias entrevistadas, 57% reconhecem que conseguem resolver seus problemas de saúde no atendimento prestado pela UBS. Contudo, 40% referiram necessidade de procurar especialista. Entre as famílias que haviam sido atendidas pelo médico da equipe de saúde da família nos últimos 30 dias, foi menor (28%) o percentual das que relataram necessidade de encaminhamento para outro serviço de saúde ou profissional. necessidade de consulta médica com especialista foi o principal motivo de referência realizada pela equipe de Saúde da Família segundo famílias atendidas pelo PSF nos 30 dias anteriores ao estudo e que necessitaram de encaminhamento.

Ressalta-se o alto percentual de entrevistados que declararam ter consultado com especialista nos últimos 12 meses – aproximadamente, 48%, utilizando mais os serviços dos ambulatórios de hospitais públicos (28%), de consultórios particulares (27%) e das Policlínicas ou PAMs (16%). Destaca-se o alto percentual de usuários que buscaram algum tipo de serviço privado (41%).

Embora tenha sido relatado que os serviços próprios municipais são responsáveis pela maior parte da oferta de atenção especializada, percentual considerável dos usuários

ainda busca este tipo de atendimento em ambulatórios de hospitais públicos, que, em Florianópolis, estão sob gestão estadual.

A primeira instância regulatória é o centro de saúde, após anos em que esta foi função do nível central. Como o município não possuía experiência prévia em regulação, este processo vem acontecendo de forma bastante diferenciada entre as UBS.

O desafio atual é garantir a qualidade destes processos, como, por exemplo, no que se refere às justificativas clínicas. Foi relatado que muitos encaminhamentos chegam até a regulação com a palavra “urgência” como única justificativa. Neste sentido, estavam sendo iniciadas capacitações tanto para generalistas quanto para especialistas visando qualificar as referências e as contrarreferências, do mesmo modo que capacitações de como trabalhar com regulação. Os resultados apontam que esta é uma dificuldade entre os profissionais da Saúde da Família. Apenas 15% dos médicos entrevistados referiram que sempre utilizam normas e procedimentos para referência e 28% as utilizam na maioria das vezes. Entre as famílias, 54% informaram receber informações por escrito quando encaminhadas ao especialista.

Na avaliação dos gestores, embora estejam definidos os fluxos formais para a rede própria, a contrarreferência permanece como desafio, situação que tende a melhorar com a plena implementação dos prontuários eletrônicos. Este problema é ainda mais grave quando o encaminhamento é realizado para unidades da rede estadual. A partir deste momento não é possível acompanhar o percurso do paciente. A avaliação das famílias difere da dos profissionais e gestores, sendo bastante positiva: 43% relataram retornar ao centro de saúde com informações por escrito após 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, com maior facilidade para patologia clínica e maiores dificuldades para imagem. A coleta de material para patologia clínica não é realizada nas UBSs e a maior parte das famílias entrevistadas (69%) relatou que os exames de análises clínicas são feitos em locais distantes da USF.

De acordo com 30% dos médicos e dos enfermeiros, os exames de patologia clínica são realizados em até três semanas. Cerca de 84% das famílias entrevistadas afirmaram sempre tomar conhecimento do resultado dos exames e 71% 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 no que se refere à rede própria municipal. Além das cotas por centro de saúde, parte da oferta de procedimentos especializados é regulada diretamente pela SMS e atende aos casos emergenciais. 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 e ultrassonografia obstétrica.

Os exames e procedimentos de alta complexidade devem ser encaminhados pelo especialista ao setor de alto custo da SMS, sob a responsabilidade da coordenação de regulação. Embora seja aberto um processo para análise do encaminhamento na SMS, a rede prestadora ainda é estadual. Protocolos clínicos e de acesso à atenção especializada foram implantados para orientar fluxos e procedimentos. Ainda assim, 56% dos médicos afirmaram que poucas vezes e nunca existem normas definidas para solicitação de exames laboratoriais.

Foram identificadas filas de espera para exames, tais como mamografia, ultrassom clínico e endoscopia baixa. Um dos fatores agravantes, pela avaliação dos gerentes e gestores, é o excesso de pedidos sem suficiente justificativa clínica. Com a criação das Policlínicas 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 43% afirmaram conseguir realizar agendamento para serviços de apoio diagnóstico sempre e na maioria das vezes. O tempo médio de espera para realização de exames de radiologia e ultrassom estimado por 56% desses profissionais é de três meses e mais.

De acordo com avaliação das famílias, 41% dos entrevistados relataram conseguir realizar todos os exames solicitados pelas equipes de saúde da família e 50% realizam somente alguns exames, o que reafirma problemas de acesso quanto aos serviços de apoio diagnóstico. Ainda assim, entre os entrevistados que apontaram necessidade de realizar exames nos últimos 12 meses solicitados pelo médico do SF, 79% disseram ter conseguido realizá-los. Muito provavelmente, estas respostas referem-se a exames de patologia clínica. Corroborar esta afirmativa o fato de 58% ter afirmado que o prazo transcorrido entre a solicitação e a realização de exames foi, no máximo, de até um mês.

### **Acesso à atenção hospitalar**

O município de Florianópolis não é responsável pela regulação de leitos e internações, uma vez que os serviços hospitalares encontram-se sob gestão estadual. A falta de integração entre prestadores municipais, estaduais e federais representa importante entrave à oferta de atenção integral em saúde.

Para os casos de urgência e emergência é acionado o SAMU. Gerentes e gestores referem que há grande dificuldade para este serviço atender aos chamados. Além disso, como não há fluxo formal estabelecido, a busca de vaga para internação é extremamente longa. Para as cirurgias eletivas, caso um médico da rede municipal detecte a necessidade, o usuário é encaminhado para um profissional da rede hospitalar que faz nova avaliação. Contudo, nem sempre é possível conseguir vaga com médico da rede hospitalar, não havendo definição de fluxos formais. Quando há dificuldades para conseguir o atendimento ou o leito, a SMS tenta intervir.

O contato informal entre profissionais também é utilizado para garantia de internação. Mutirões promovidos pelo município são outra forma de acesso às cirurgias. A partir deste momento, o município não acompanha o percurso do usuário. As dificuldades de acesso à rede hospitalar refletem-se no alto percentual de médicos e enfermeiros (31%) das equipes de saúde da família que não souberam informar o tempo médio de espera do usuário encaminhado para cirurgias eletivas.

Situação diferenciada foi observada no caso da atenção à gestante. Mais da metade de médicos e enfermeiros (71%) relataram sempre e na maioria das vezes conseguir realizar agendamento para a maternidade.

### **Acesso à urgência e emergência**

Em relação à atenção para os casos de urgência, o município contava com uma unidade para pronto-atendimento de menor complexidade. Havia previsão de inauguração de duas UPAs, integradas às Policlínicas, ainda para o ano de 2008. Os centros de saúde também contam com pequena estrutura de atenção aos casos de urgência. Os gerentes da SMS afirmam que os profissionais da atenção básica foram capacitados para atender às urgências. Quando um usuário chega à UBS passa pelo acolhimento realizado pelo técnico de enfermagem ou enfermeiro, que determina a necessidade de atendimento.



A integração da rede de atenção básica com os serviços de urgência também foi preocupação apontada pelos gestores entrevistados. A falta de referência e de contrarreferência entre centros de saúde e unidades de urgência agrava este problema.

No verão, são desencadeadas ações especiais para atendimento aos casos de urgência e emergência. Foi relatado que neste período o município chega a quase duplicar sua população.

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

Para o alcance da atenção integral, 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 (91%), resolução de 80% ou mais de casos atendidos pela sua equipe de saúde da família (81%), estabelecimento de vínculos com a população da área (81%), distribuição regular de medicamentos a grupos prioritários (86%), acompanhamento dos grupos prioritários (83%) e garantia do acesso ao atendimento básico a toda a população cadastrada (65%).

Os itens com maiores percentuais de avaliação insatisfatória e muito insatisfatória vinculam-se à capacidade de encaminhar para outros níveis de atenção (63%), à garantia de internação (76%), à garantia de atendimento especializado (86%).

O desenvolvimento das ações de coordenação pode ser otimizado por maior integração da ESF e os programas de saúde coletiva e Vigilância em Saúde. Em Florianópolis, os programas de saúde pública/coletiva estão em processo de descentralização para as unidades de atenção primária desde o ano de 2007, com ritmos diferenciados entre agravos transmissíveis e não-transmissíveis, estes últimos desenvolvidos pelas equipes de saúde da família há mais tempo. Os protocolos foram remodelados a fim de direcioná-los à atenção básica, definindo-se a porta de entrada e os serviços de referência.

A análise dos indicadores realizada pela Vigilância em Saúde está sendo organizada de forma a facilitar o acompanhamento pela equipe e a realização do diagnóstico da comunidade. Foi relatada maior necessidade de integração entre agentes de endemias e equipe de saúde da família. Gerentes locais relatam que é comum a própria comunidade acionar diretamente a vigilância, ou, ao mesmo tempo a vigilância e a atenção básica, por vezes sendo comum a presença das duas equipes no mesmo espaço.

Além das iniciativas mencionadas acima, como o fortalecimento das estruturas regulatórias, com descentralização de funções para o nível local, implantação das centrais de regulação informatizadas desde os centros de saúde, implantação de prontuários eletrônicos nas unidades básicas e especializadas e ampliação da rede própria para aumento de oferta, a SMS vem desenvolvendo outras ações para integrar a Estratégia Saúde da Família à rede de serviços.

O apoio matricial e a implantação de equipes de NASF foram considerados mecanismos importantes para a qualificação da atenção básica e de integração com a atenção especializada, com potencialidades para superar, além da histórica fragmentação na organização dos sistemas de saúde, a distância entre profissionais dos dois níveis assistenciais.

No momento da pesquisa estava sendo organizado processo para Chamamento Público com o objetivo de contratar prestadores de serviços especializados não disponíveis na rede própria e mais compatíveis com as necessidades locais, o que não era possível quando a rede de prestadores privados era contratada pelo estado.

Foi interessante observar que, segundo gestores entrevistados, não foram planejadas *a priori* estratégias para integrar a Saúde da Família à rede de serviços. Contudo, a ampliação da atenção básica gerou a necessidade de criar mecanismos de integração e de regulação: “*Estamos em processo de transição e construção*” (membro da equipe da coordenação de regulação).

O próprio setor de regulação da SMS foi criado em função da expansão e da ampliação da cobertura da atenção básica, além de fortalecido pela assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, o que reafirma seu caráter de porta de entrada preferencial e o papel indutor de mudanças no modelo assistencial.

A coordenadora de controle, avaliação e auditoria considera que ainda não é possível avaliar a experiência de integração da Estratégia Saúde da Família à rede de serviços, pois este processo ainda é recente, embora, já apresente resultados positivos. Destacou a necessidade de investir de forma sistemática na educação permanente e na realização do planejamento local.

Por fim, embora ainda incipiente, o processo de integração da Estratégia Saúde da Família parece avançar mais no que se refere à atenção especializada. O coordenador de atenção básica diz que o município está caminhando na organização desses fluxos: “*Na*

*média (complexidade) nós estamos conseguindo ver esse fluxo funcionando. As policlínicas não são portas de entrada, e sim serviços de referência dos centros de saúde de atenção primária. Isso tem funcionado, não há quebra dessa hierarquia”.* Avalia, contudo, que o nó crítico é a falta de fluxo estabelecido para os serviços de urgência e para a rede hospitalar sob gestão estadual e que superar essa dificuldade qualificaria e integraria melhor a rede.

## **COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS**

A coordenação dos cuidados tem sido destacada internacionalmente como aspecto fundamental para a organização de sistemas integrais de saúde, pois é 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 estratégias desenvolvidas pelos municípios estudados para a implantação da coordenação dos cuidados, bem como a avaliação dos profissionais das ESFs sobre tais estratégias.

O gestor municipal de saúde e os demais gerentes da SMS de Florianópolis relatam que a coordenação dos cuidados tem sido tema constante no debate da política municipal de saúde e está relacionada à perspectiva de construção da atenção integral em saúde. Para o secretário municipal de saúde, a preocupação com a coordenação dos cuidados aparece a partir do reconhecimento de que a implantação da Estratégia Saúde da Família por si só não tem sido suficiente para provocar mudanças na lógica de organização dos serviços ou garantir a atenção integral.

Ao mesmo tempo, os gerentes assumiram que esse debate ainda não se tem materializado em ações de efetiva coordenação do cuidado, posição essa compartilhada pelo representante do COREN. A persistência da lógica assistencial construída historicamente no Brasil foi destacada como limite à introdução de mudanças, possibilitada pela coordenação dos cuidados, na organização dos serviços. Estratégias de coordenação foram avaliadas pelos gerentes como ainda incipientes.

Quando apresentado a uma lista de possíveis impactos provocados por efetiva coordenação do cuidado na organização do sistema de saúde, o gestor municipal de Florianópolis assinalou que a adequada coordenação dos cuidados provocaria efeitos positivos em termos de redução do número de hospitalizações pela adoção de ações mais adequadas e de menor custo e pela melhoria do acompanhamento do uso de

medicamentos e autocuidado, além de melhorar o fluxo de informações entre os níveis do sistema. Para ele, a coordenação do cuidado tende a gerar, em curto prazo, aumento da demanda para a média complexidade, mas esta tende a diminuir com o tempo, reduzindo os custos do sistema e aumentando sua eficiência e resolutividade.

As opiniões sobre os grupos populacionais que seriam mais afetados por inadequada coordenação do cuidado variaram entre os gerentes. Parte deles mencionou que os mais afetados são as crianças, as mulheres, os idosos e os pacientes crônicos, tendo em vista a necessidade de atenção contínua demandada por esses grupos populacionais. Já outros gerentes destacaram os pacientes graves e os portadores de doenças crônicas por suas dificuldades de acessar o sistema de saúde. Outros ainda ressaltaram que todos os grupos populacionais seriam afetados pela coordenação dos cuidados.

A atenção básica foi identificada pelos gerentes municipais de Florianópolis como o nível de atenção que teria o papel de coordenação do cuidado dentro do sistema de saúde.

Em certo sentido, essa perspectiva pode ser confirmada pela avaliação positiva dos profissionais de nível superior das ESFs a respeito da especificação do papel da ESF na função de porta de entrada e de coordenação na política local. Cerca de 71% dos médicos e 76% dos enfermeiros entrevistados concordaram ou concordaram muito que o papel da ESF está especificado na política local na função de porta de entrada e de coordenação.

Em relação às estratégias de coordenação do cuidado adotadas pelo município, o gestor municipal destacou a opção político-gerencial de integrar a Estratégia Saúde da Família às ações de média e alta complexidade. Também merece atenção a implantação e a organização do chamado *capital-família*. Criado por decreto municipal o *capital-família* é estratégia de organização da atenção à saúde que busca, a partir dos ciclos de vida, integrar o conjunto de ações e serviços prestados pelo setor saúde. Conta com três programas estratégicos: o *capital-criança*, o *capital-adulto* e o *capital-idoso*. Além desses, há quatro outros que perpassam todas as etapas dos ciclos de vida: Saúde Mental, Saúde Bucal, Atenção às Doenças Transmissíveis e às Doenças e Agravos Não-Transmissíveis.

O município não dispõe de estratégias formalizadas de discussão de casos clínicos, embora a lógica de matriciamento assumida na área de Saúde Mental promova a discussão de casos.

Florianópolis adota a estratégia de linhas de cuidado para a atenção a criança, e está em fase de implantação dessa estratégia nas áreas de saúde da mulher e do idoso.

O município está na fase final da produção de protocolos clínicos para diversas áreas, entre elas, a de atenção à tuberculose, às hepatites e à hanseníase. Tal processo buscou incorporar a nova condição de gestão municipal da saúde e contou com a formação de grupos de trabalho constituídos por profissionais e gerentes da SMS, além da cooperação da UFSC, do COREN e, no caso da atenção ao idoso, da Sociedade Catarinense de Geriatria. Até a conclusão desse processo, o município tem feito uso dos protocolos do Ministério da Saúde e da SES.

O processo de construção coletiva dos protocolos funcionou também como estratégia de capacitação dos profissionais de saúde – incluindo os das ESFs – para seu uso, estando prevista uma capacitação a partir da versão final dos protocolos.

Dentro da perspectiva de construção da atenção integral em saúde, Florianópolis tem investido na informatização das unidades de saúde. No momento de realização da pesquisa (maio de 2008), 36 das 48 unidades de atenção básica dispunham de prontuário informatizado, o que correspondia a 80% de cobertura populacional. De acordo com o coordenador de atenção básica do município, o prontuário eletrônico permite o acesso dos profissionais de saúde às informações de dado paciente em qualquer ponto do sistema de serviços, exceto na rede hospitalar, ainda não integrada.

A disponibilidade de informações e a continuidade informacional entre os níveis do sistema também têm sido destacadas na literatura como estratégias fundamentais para a garantia da coordenação dos cuidados. Por isso, a pesquisa buscou conhecer como se dá o registro e o fluxo das informações produzidas pelas ESFs.

O prontuário de saúde é o principal instrumento de registro das ações desenvolvidas pelas ESFs. Quase a totalidade dos médicos e dos enfermeiros entrevistados (96%) relatou utilizar sempre ou na maioria das vezes o prontuário de saúde para fazer anotações sobre a saúde do usuário após cada consulta, enquanto entre os auxiliares/técnicos de enfermagem esse percentual foi de 94%. Apenas os ACS utilizam pouco (9%) os prontuários de saúde para relatarem as ações desenvolvidas, recorrendo a

anotações para uso pessoal (69%) como forma preponderante de registro das suas ações. Ademais, os prontuários médicos estão sempre ou quase sempre disponíveis para uso do profissional durante o exame do usuário, como atestaram 98% dos médicos e enfermeiros das ESFs de Florianópolis.

A forma predominante de organização dos prontuários de saúde é por indivíduo, como 98% dos médicos e dos enfermeiros informaram, porém os 2% restantes não souberam informar.

As normas para a transferência de informações sobre pacientes entre os níveis de atenção foram declaradas inexistentes por 67% dos médicos e 49% dos enfermeiros, embora 47% desses últimos profissionais tenham assinalado a existência dessas normas.

A maioria de médicos (93%) e dos enfermeiros (90%) declarou que fornece informações por escrito aos serviços referidos sempre ou na maioria das vezes, quando há encaminhamento dos pacientes. No entanto, quando se trata do recebimento de informações escritas a respeito dos resultados das consultas referidas a especialistas, grande parte dos entrevistados (80%) informou que isso poucas vezes ou nunca acontece.

Ambas as categorias profissionais entrevistadas avaliaram positivamente o agendamento da consulta de retorno. A maioria dos médicos (72%) e de enfermeiros (77%) afirmou que sempre ou na maioria das vezes o agendamento é feito diretamente pela unidade, avisando-se posteriormente ao usuário

As opiniões dos profissionais de nível superior das ESFs sobre a procura das famílias pelos profissionais para discutir o problema de saúde do usuário foram divergentes: enquanto que para cerca de 75% dos médicos, poucas vezes ou nunca os profissionais procuram a família para discutir o problema de saúde do usuário, 56% dos enfermeiros relataram que essa ação se realiza sempre e na maioria das vezes.

A supervisão periódica para revisar a necessidade de referência aos outros níveis de atenção é feita poucas vezes ou nunca de acordo com 82% dos médicos e 60% dos enfermeiros das ESF.

Na avaliação dos profissionais de nível superior das ESFs, dois aspectos relacionados à coordenação do cuidado receberam avaliação negativa. Quando perguntados se em seu município é permitido aos médicos do PSF acompanhar seu paciente durante a internação, 62% dos médicos e 41% dos enfermeiros discordaram ou discordaram

muito. E ao responderem se os profissionais do PSF desfrutam do mesmo nível de reconhecimento profissional que os especialistas, a maioria dos médicos (70%) e enfermeiros (56%) das ESF de Florianópolis discordaram ou discordaram muito.

Estratégias de coordenação dos cuidados estão profundamente relacionadas aos processos de integração da rede de serviços de saúde. Pode-se dizer que, em Florianópolis, há esforço concreto de construção dessa integração, principalmente com a ampliação da condição de gestão do município nos anos recentes.

A preocupação com a coordenação dos cuidados está presente no debate da política municipal de saúde e se associa à busca de construção da atenção integral. Todavia, há reconhecimento de que essas estratégias ainda não se materializaram em ações efetivas, sobretudo em face da persistência da lógica assistencial historicamente construída no país. A adoção de linhas de cuidado e a gestão de casos clínicos estão ainda restritas a determinadas ações.

A implantação de protocolos para determinados serviços/ações tem sido recorrente no município e sua definição e elaboração tem envolvido a construção coletiva de gerentes e profissionais dos serviços de saúde municipais, além da cooperação da UFSC, do COREN e da Sociedade Catarinense de Geriatria.

A Estratégia Saúde da Família foi destacada pelos gerentes da SMS como a responsável pela coordenação dos cuidados, perspectiva confirmada, em certa medida, pelos profissionais das ESFs. Vale destacar que, no entanto, a maioria dos profissionais de nível superior das ESFs afirma que não gozam do mesmo reconhecimento profissional que os especialistas.

Merece destaque o esforço da gestão municipal de informatizar os prontuários clínicos, o que tende a gerar ganhos de continuidade informacional, tendo sido avaliado positivamente o fornecimento de informações por escrito nos processos de referência a especialistas, mas com baixo retorno na contrarreferência.

## **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 envolvem a ação coordenada e integrada dos diversos setores responsáveis pelas políticas econômicas e sociais.

Nesse sentido, a pesquisa procurou conhecer 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 em relação aos incentivos promovidos por essas equipes à participação da comunidade.

Mais ainda, a pesquisa procurou conhecer as iniciativas da própria SMS 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. Sobre esse aspecto, foram realizadas entrevistas com gestores de outras secretarias municipais de Florianópolis voltadas à área social, além de gerentes de quatro USF.

Em Florianópolis, a construção de ações intersetoriais pode ser encontrada em alguns projetos específicos ou como matriz organizadora de algumas experiências pontuais, não podendo ser creditada a uma modalidade integrada da gestão pública municipal.

Florianópolis dispõe de alguns fóruns intersetoriais específicos, dentre os quais o de *Saúde do Escolar*, que reúne as Secretarias de Educação, de Saúde e Desenvolvimento Social; o do *Plano Diretor do Município*, que discute questões ambientais, como enchentes e controle das doenças; e o da *Violência*, que envolve técnicos da Segurança, Educação e Saúde, além dos Conselhos Municipais.

Entre as iniciativas intersetoriais que envolvem a saúde no município, foram destacadas as ações desenvolvidas em parceria com a Secretaria Municipal de Assistência Social (em geral, através de programas federais, como o Bolsa Família, o Sentinela e o Pró-Jovem, além de ações voltadas à população idosa e à população de rua) e com a Secretaria Municipal de Educação (Programa de Saúde do Escolar).

No caso específico deste programa, existe uma Comissão da Saúde do Escolar, composta por profissionais da Saúde da Família e da Secretaria de Educação, por representantes da Associação dos Celíacos, de ONGs e de instituições de ensino. O programa conta com uma equipe principal de coordenação formada por profissionais da Educação e da Saúde e com corpo técnico também com profissionais de ambas as áreas e que atua como responsável por cada eixo temático do programa, a saber: atividade



física, avaliação nutricional, sexualidade, saúde mental e prevenção e monitoramento em saúde.

Além dessas secretarias, a SMS de Florianópolis desenvolve parcerias com o Instituto de Geração de Oportunidades de Florianópolis (IGOF); com a Secretaria de Estado da Saúde, em especial o setor de DST/AIDS; com o Ministério de Trabalho e Emprego; com a da Secretaria de Estado de Agricultura, por meio do projeto das hortas como promotoras de alimentação saudável; e com uma fundação do meio ambiente.

Com as organizações da sociedade civil, a SMS realiza ações conjuntas com ONGs comprometidas com a prevenção e controle da transmissão de DST/Aids; com o Sindicato da Pesca e o das Indústrias de Arroz, com a Associação dos Celíacos, com a APAE e com instituições asilares.

Destaque deve ser dado à iniciativa do Capital Família, que busca integrar o conjunto de ações e serviços prestados pelo setor saúde, voltado principalmente para a saúde da criança, do idoso e do adulto.

Outro projeto interinstitucional importante é a Rede Docente Assistencial. A Secretaria Municipal de Saúde também possui parceria formalizada com a Universidade Federal de Santa Catarina para o programa de Integração Docente Assistencial. Por esse convênio, as unidades de saúde do município – especialmente as USFs – recebem alunos e docentes de vários cursos de graduação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), além de servir de campo de prática para cursos de residência médica e multiprofissional em Saúde da Família. Uma comissão de gestores composta por profissionais da SMS e da UFSC reúne-se mensalmente para organizar a estrutura da rede docente-assistencial.

No âmbito da Estratégia Saúde da Família, as ações intersetoriais mais frequentes são as que envolvem a Assistência Social e a Educação e sua implantação depende das iniciativas locais. Por isso mesmo, os temas prioritários, o ritmo e a dinâmica dessas ações variam conforme cada localidade. Entre as ações mais frequentes destacam-se as relacionadas à atenção a vítimas de violência, à atenção ao idoso, à população de rua e à saúde do escolar.

Os ACS são considerados importantes parceiros pelo gestor municipal de Assistência Social, tanto por realizarem a divulgação das ações desenvolvidas, como por

conhecerem a comunidade na qual atuam e, com isso, identificar as necessidades e demandas da população.

As ESFs desenvolvem parcerias com a Secretaria Municipal de Assistência Social para realização de capacitação sobre a vigilância e o atendimento de pessoas que sofrem algum tipo de violência e da atenção direcionada ao idoso. Com a Secretaria Municipal de Educação, as ESFs desenvolvem parcerias voltadas à capacitação de jovens e adultos (incluindo os agentes comunitários de saúde); palestras sobre prevenção de acidentes, para as famílias cadastradas pelo PSF; e o projeto de educação de jovens e adultos que tem identificado pessoas analfabetas ou com primeiro grau incompleto através dos registros das famílias cadastradas pela Saúde da Família para incentivar à participação em programas de educação de adultos.

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 SMS para essas ações. O entendimento é que esses aspectos permitem reconhecer o grau de institucionalidade das ações intersetoriais desenvolvidas no município.

Como visto, a intersetorialidade em Florianópolis fica circunscrita a experiências locais e a projetos específicos. Não há recursos financeiros específicos alocados para projetos intersetoriais, ficando o custeio das ações a cargo das secretarias envolvidas.

Para alguns gestores, a troca de informações e de experiências proporcionada pelas ações intersetoriais provoca impacto positivo na qualidade da atenção prestada à população, o que foi considerado o grande ganho da intersetorialidade no município. O trabalho conjunto voltado à população de rua, o projeto Saúde do Escolar e o projeto dos celíacos foram considerados, pelos gestores, como os resultados mais positivos da articulação intersetorial em Florianópolis.

Apesar dos avanços, foram muitos os obstáculos ao desenvolvimento de ações intersetoriais identificados pelos gestores no município. Dentre eles, destacam-se o pouco conhecimento e a pouca compreensão sobre as atribuições de cada setor, a baixa visibilidade e a pouca divulgação das ações intersetoriais empreendidas e o excesso de fóruns colegiados que acabariam fragmentando (em vez de articular) as ações.

Outra dimensão da intersetorialidade que a pesquisa procurou contemplar diz respeito às práticas assistenciais desenvolvidas pelas ESFs. As informações sobre esse aspecto contaram, para além das entrevistas com gestores municipais e gerentes da SMS, com questionários para os profissionais das ESFs e para as famílias cadastradas.

Procurou-se avaliar, inicialmente, em que medida o conhecimento das condições de saúde da comunidade em que as ESFs atuam, interfere nas práticas por elas desenvolvidas. De acordo com dois gerentes das quatro USF pesquisadas, as equipes de saúde da família realizam diagnóstico da comunidade em muitas delas com apoio dos estudantes de graduação ou a partir da análise do cadastro das famílias.

Foi solicitado às famílias cadastradas que informaram espontaneamente, ou estimuladas, conhecer o PSF que confirmassem a realização de algum levantamento da situação de saúde ou dos principais problemas de saúde de sua comunidade nos últimos cinco anos. A maioria das pessoas (73%) respondeu não saber se fora feito algum levantamento, somente 14% responderam que o levantamento fora feito e apenas 7% disseram que fora concluído.

Dentre as famílias que afirmaram ter havido levantamento ou avaliação dos problemas de saúde de sua comunidade nos últimos cinco anos, cerca da metade declarou ter participado do processo.

Mesmo com a existência de alto percentual de famílias que não souberam informar se fora feito algum diagnóstico da comunidade, quase metade (48%) das famílias cadastradas afirmou que os profissionais das ESF conhecem os principais problemas da comunidade, enquanto que 40% dos entrevistados não souberam responder a essa questão.

Os profissionais das ESF preocupam-se com a situação de vida das famílias. A maior parte dos profissionais de nível superior (cerca de 76%) declarou que procura indagar sempre ou na maioria das vezes aos usuários sobre suas condições de vida e/ou fatores de risco social durante a consulta. Entre os ACS, 62% mencionaram sempre perguntar aos usuários sobre suas condições de vida e/ou fatores de risco social durante o desempenho de suas atividades, enquanto essa proporção foi de 58% entre os auxiliares/técnicos de enfermagem.

Outro aspecto importante na avaliação das práticas intersetoriais desenvolvidas pelas ESFs diz respeito ao processo de capacitação dos profissionais para atuar considerando

a diversidade sociocultural da comunidade. A maioria dos médicos (61%) e boa parte dos enfermeiros (47%) declarou ter recebido capacitação específica para esse tipo de intervenção, enquanto 39% dos médicos e 51% dos enfermeiros afirmaram não ter recebido capacitação específica. Entre os ACSs e os auxiliares/técnicos de enfermagem, o percentual dos que receberam capacitação com essa finalidade foi ainda menor: apenas 40% e 36%, respectivamente, informaram ter recebido capacitação específica para atuar segundo a diversidade sociocultural da comunidade atendida.

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

A maioria dos médicos (75%) e dos enfermeiros (73%) respondeu que poucas vezes ou nunca realizam trabalhos em conjunto com outras organizações ou grupos da comunidade na busca de ações intersetoriais. Cerca de um quarto de enfermeiros e médicos realiza trabalho conjunto com outras instituições.

Entre os ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem, também a maioria respondeu que poucas vezes ou nunca realizam trabalhos em conjunto com outras organizações ou grupos da comunidade (64% e 74%, respectivamente), o que revela a ainda incipiente articulação intersetorial no âmbito das ESF.

A participação dos profissionais das ESFs em atividades voltadas para solução/encaminhamento de problemas da comunidade junto de outros órgãos públicos ou entidades da sociedade também é baixa: 41% dos médicos; 39% dos enfermeiros; 29% dos auxiliares/ técnicos de enfermagem e 34% dos ACS participam desse tipo de atividade.

Dentre os principais tipos de órgãos públicos ou de entidades da sociedade com os quais a ESF atua, os mais citados pelos profissionais que participam dessas atividades foram: a escola, aqueles relacionados à moradia/urbanismo e a serviços de saneamento básico, confirmando, em certa medida, a articulação entre as áreas de Saúde e Educação mencionada pelos gestores.

Cabe destacar que alguns desses serviços estão relacionados aos principais problemas de saúde da comunidade identificados pelas famílias cadastradas: em primeiro lugar aparece a questão do saneamento básico (33%), seguido de moradia (13%), de assuntos relacionados com o Posto de Saúde (atendimento, melhorias, construção, Conselho Local de Saúde), de segurança pública e de urbanismo (9% cada).

Outro eixo que a pesquisa buscou focar diz respeito à participação social entendida como requisito e, ao mesmo tempo, 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. Ao mesmo tempo, buscou-se conhecer 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 funcionamento do Conselho Local de Saúde tende a viabilizar a participação social e fomentar a discussão de problemas no território.

Embora os gestores tenham destacado que os Conselhos existentes nas diversas áreas de política social trabalhem articulados e que há representatividade da população através das organizações não governamentais, a participação da população na definição das prioridades e objetivos da atuação intersetorial é considerada ainda incipiente, pois a discussão ainda seria muito técnica, destacou um gestor entrevistado.

Os Conselhos Locais de Saúde – embora considerados heterogêneos – foram apontados pelo gestor municipal da saúde como espaço importante de articulação com instituições locais, utilizados para o debate das questões intersetoriais, bem como para propostas relacionadas à melhoria das condições de saúde da população local.

Entre as ESFs pesquisadas houve confirmação da existência e do funcionamento dos conselhos locais de saúde (CLS) em sua USF por mais da metade dos profissionais: 54% dos médicos, 64% dos enfermeiros, 60% dos ACSs e 58% dos auxiliares/técnicos de enfermagem afirmaram a presença desses fóruns.

A participação dos profissionais nos CLSs é, em geral, elevada: a maioria dos médicos (80%), a dos enfermeiros (78%) e a dos auxiliares/técnicos de enfermagem (83%)

declarou que algum profissional da ESF participa como membro efetivo do Conselho Local de Saúde. Entre os ACS, quase a metade dos respondentes (49%) declarou participar ocasionalmente do CLS e 32% afirmaram participar sempre, enquanto outros 18% declararam nunca participar do Conselho Local de Saúde.

Já entre as famílias cadastradas, a participação nos CLS é baixa. A maioria (79%) declarou não conhecer o CLS e, dentre as famílias que declaram conhecer o Conselho Local de Saúde, 85% afirmaram não participar, o que corresponde a menos de 3% do total de famílias entrevistadas.

Em relação ao Conselho Municipal de Saúde, a participação da população também é residual, embora o percentual das famílias (35%) que declarou conhecer esse fórum seja superior ao dos que conhecem o Conselho Local. Dentre as que conhecem, 7% (18/274) mencionaram participar, expressando o caráter limitado da participação das famílias nessa instância.

A participação dos profissionais das ESFs em fóruns coletivos de formulação de políticas também apresentou baixos índices, ainda que pouco superiores a outros municípios estudados: 28% dos médicos, 26% dos enfermeiros, 14% de auxiliares de enfermagem e 20% dos ACS declararam participar desses fóruns.

Dentre os fóruns mencionados, os que apresentaram os maiores índices de participação dos profissionais das ESF foram: para os profissionais de nível superior, a Conferência Municipal de Saúde (23 menções), seguida do Conselho Municipal de Saúde e dos Fóruns Intersetoriais (11 menções cada); entre os ACS, os fóruns mais assinalados foram a Conferência Municipal de Saúde (14%), o Conselho Municipal de Saúde (12%) e as Plenárias de Conselheiros de Saúde. Já os auxiliares de enfermagem indicaram o Conselho Municipal de Saúde e a Conferência Municipal de Saúde, com quatro menções cada.

Nas questões 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 diversidade de situações, provavelmente conforme as distintas localidades/comunidades.

A participação das lideranças comunitárias foi avaliado como fraca ou inexistente no levantamento de informações sobre as condições de vida e de saúde da comunidade, 40% dos médicos e dos enfermeiros, mas 26% dos médicos e 30% dos enfermeiros

consideraram forte. Entre os ACS, 36% consideraram a fraca participação das lideranças comunitárias e 20%, forte, enquanto entre os auxiliares de enfermagem esses percentuais foram de 36% (fraca) e 23% (forte).

Também em relação à frequência de iniciativas conjuntas entre as equipes e a população voltadas para o desenvolvimento comunitário, as respostas foram divididas: enquanto 28% dos médicos, 41% dos enfermeiros, 43% dos auxiliares de enfermagem e 36% dos ACS (57%) declararam que essas iniciativas ocorrem sempre ou na maioria das vezes; outros 59% dos médicos, 50% dos enfermeiros, 40% dos auxiliares de enfermagem e 39% dos ACS (57%) relataram que essas iniciativas ocorrem poucas vezes ou nunca.

Para as famílias cadastradas, perguntou-se a frequência da participação dos membros familiares em reuniões ou atividades comunitárias e/ou coletivas. A maioria dos entrevistados (acima de 78%) declarou não participar de nenhum dos grupos/organizações listados, à exceção dos grupos religiosos, cuja participação rotineira foi mencionada por 36% dos respondentes.

Os resultados da pesquisa demonstram que o desenvolvimento de ações intersetoriais em Florianópolis tem se limitado a intervenções pontuais e com dinâmica distinta, conforme as áreas e os territórios envolvidos. As iniciativas intersetoriais mais frequentes e com maior visibilidade no município são as que envolvem as secretarias de Educação e de Assistência Social, além de projetos com organizações não governamentais e o trabalho integrado da Rede Docente Assistencial. Essas experiências contam com fóruns intersetoriais específicos, não constituindo diretriz da gestão pública municipal como um todo.

Esse caráter residual foi em parte confirmado pelo conjunto de respostas dos profissionais das ESFs, que demonstram que o desenvolvimento de ações intersetoriais não é ainda rotina no âmbito da Saúde da Família, mas passa por iniciativas pontuais de algumas ESFs.

No caso da participação social, é forçoso reconhecer o grau de conhecimento e de participação dos profissionais nos fóruns coletivos de discussão da política de saúde municipal, notadamente o Conselho Municipal de Saúde, a Conferência Municipal e os Conselhos Locais de Saúde, em que boa parte dos profissionais das ESFs informou não só conhecer como também participar, seja como membro efetivo, seja com participação eventual.

Já do ponto de vista das famílias cadastradas, a participação social é bastante frágil, seja pelo baixo índice de famílias que declararam conhecer e participar dos fóruns coletivos da saúde municipal, seja pela pouca participação das lideranças comunitárias no levantamento de informações sobre as condições de vida e saúde da comunidade, ainda que esses índices sejam levemente maiores do que os encontrados em outros municípios.

As iniciativas conjuntas entre as equipes e a população voltadas para o desenvolvimento comunitário apresentam diferenças entre as ESFs, sendo frequentes em algumas localidades e menos habitual em outras, o que permite corroborar a dependência das ações intersetoriais de iniciativas locais dos profissionais das ESFs.

## **ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS E DOS GRUPOS PRIORITÁRIOS NA EXPERIÊNCIA DAS FAMÍLIAS**

### **Acompanhamento das famílias pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs)**

Entre as 789 famílias pesquisadas em Florianópolis, 398 (50%) informaram conhecer o Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável por sua área de moradia. Entre as 469 famílias com experiência de atendimento pela Estratégia Saúde da Família, esse número significa que 85% delas conheciam o ACS de sua área. Já haviam sido atendidas ou visitadas pelo ACS 380 famílias, isto é, 48% do total de famílias pesquisadas, e 95% desses entrevistados afirmaram conhecer o ACS.

Apenas as 380 famílias que já tinham a experiência de atendimento ou de visita do ACS avaliaram o acompanhamento efetuado pelos ACSs. Sessenta e seis por cento delas informaram que o ACS de sua área de moradia visita o domicílio uma vez por mês, no mínimo, porém 6% dos entrevistados informaram não receber visitas do ACS regularmente.

Foram pesquisadas 14 atividades dos ACS durante as visitas domiciliares, cinco das quais consideradas 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 380 entrevistados que informaram terem sido atendidos ou visitados pelo ACS da área de moradia, assinalaram que, nos últimos 12 meses, os ACS durante a visita



domiciliar realizaram os seguintes tipos de cuidados de ordem geral (em ordem decrescente): 89% perguntaram sobre problemas de saúde dos moradores; 65% deram orientações relacionadas a comportamentos saudáveis, 63% forneceram orientações sobre prevenção da dengue; e 53%, a saúde das mulheres. Em quarenta e um por cento dos domicílios visitados pelos ACSs nos últimos 12 meses, foram dadas orientações sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Aids.

Entre as 280 famílias com integrante que precisou de assistência médica, os ACS forneceram alguma informação relativa ao encaminhamento para serviços de saúde em 52% das visitas; entre as 292 famílias que tinham consultas marcadas, em 55% os ACS lembraram essa data; e entre as 241 famílias que faltaram à consulta agendada, os ACS efetuaram a busca dos faltosos em 45%.

O acompanhamento dos portadores de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, foi realizado pelos ACS em 61% das visitas nos últimos 12 meses em domicílios com integrantes portadores dessas patologias (190). Em 65% dos domicílios com crianças (153), os ACS deram orientações sobre cuidados de saúde infantil; em 80%, verificaram o cartão de vacinação; e, em 61%, realizaram o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento das crianças.

Metade das famílias com gestantes (33) informou que os ACS realizaram o encaminhamento ao pré-natal durante as visitas domiciliares, da mesma forma que metade das famílias com idosos (70) recebeu orientações dos ACS sobre como cuidarlos.

Uma análise do conjunto de atividades efetuadas pelos ACS nas visitas domiciliares permite identificar que, entre as três mais realizadas (60% ou mais) nos domicílios de Florianópolis, encontram-se algumas de ampla abrangência, como perguntas sobre problemas de saúde dos moradores e orientações sobre comportamentos saudáveis, mas também orientações específicas, relacionadas ao acompanhamento dos portadores de doenças, como hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase; a prevenção da dengue; e ao cuidado com a saúde infantil, como orientação sobre o soro caseiro, acompanhamento do crescimento das crianças e verificação do cartão de vacinação.

Entre as atividades menos realizadas pelos ACS durante as visitas domiciliares, as famílias pesquisadas em Florianópolis mencionaram: busca dos faltosos às consultas agendadas e orientação sobre prevenção de DST/Aids.

Trinta e um por cento dos entrevistados relatou ter sido (ou alguém de sua família) convidado pelo ACS, nos últimos 12 meses, a participar de atividades em grupo: 119 famílias, 31% das 380 que foram atendidas ou visitadas pelo ACS de sua área de moradia, mas apenas 15% total de famílias pesquisadas. Entre as atividades de grupo mais frequentes, para as quais as 119 famílias foram convidadas pelo ACS a participar, estavam as relacionadas com: hipertensos (43%), diabéticos (27%), terceira idade (18%), caminhadas e exercícios físicos (14%) e gestantes (13%).

### **Portadores de doenças crônicas**

Entre as 789 famílias cadastradas no PSF entrevistadas em Florianópolis, 87% informou a existência de portadores de doenças crônicas, das quais as mais frequentes são: hipertensão arterial (35%), diabetes (14%), doença mental (4%), obesidade (3%), deficiência física (3%) e problemas de alcoolismo (2%).

### **Acompanhamento de portadores de hipertensão arterial**

Em Florianópolis, 273 famílias, ao redor de 35% das pesquisadas no município, informaram a existência de integrante com hipertensão arterial, totalizando 326 hipertensos ou 12% dos moradores. Cerca de 13% das famílias informaram a existência de hipertensos sem qualquer acompanhamento.

Oitenta e oito por cento dos portadores de hipertensão (288) estavam sob acompanhamento de saúde, a maior parte dos quais (55%) pela Equipe de Saúde da Família (ESF) e 24% em unidades de saúde privadas.

Os portadores de hipertensão arterial sob acompanhamento, na maioria das vezes, tinham as consultas marcadas previamente em qualquer serviço de saúde (84%). Cerca de 35% dos hipertensos eram acompanhados, no mínimo, uma vez por mês; as demais frequências de atendimento mais comuns eram a cada três meses (37%), a cada seis meses (10%) e a cada dois meses (7%).

Os 160 hipertensos sob acompanhamento pela equipe de saúde da família eram atendidos mais frequentemente pelo médico (81%). A avaliação do atendimento prestado pela ESF foi feita apenas pelos informantes portadores de hipertensão arterial sob acompanhamento da equipe (123). Ao redor de 40% dos hipertensos entrevistados relataram receber orientações individuais da ESF, no mínimo, uma vez por mês, e 43%, a cada dois ou três meses, totalizando 83% dos entrevistados com hipertensão que recebem orientações individuais, pelo menos, a cada três meses. Em relação à

frequência de participação em grupos de hipertensos coordenados pela ESF verificou-se que 5% participam pelo menos uma vez por mês; 7%, a cada dois ou três meses; mas 79% afirmaram nunca frequentar.

A maioria dos entrevistados hipertensos nunca participou de atividades promovidas pela ESF como caminhadas, terapias ocupacionais etc. (86%). Medicamentos são fornecidos aos hipertensos mensalmente (63%) e a cada dois ou três meses (28%); mais da metade deles realizam consulta médica a cada dois ou três meses (54%) e 29% recebem a consulta, no mínimo, uma vez por mês, totalizando 83% que passam por consultas médicas, no mínimo, uma vez a cada três meses.

Verifica-se, portanto, que o acompanhamento realizado pela ESF em Florianópolis aos hipertensos caracteriza-se por oferecer medicamentos a 92% dos hipertensos uma vez a cada três meses, no mínimo, consultas médicas a 83% e orientações individuais a 83% dos portadores de hipertensão arterial. Nessa cidade, apenas 11% dos hipertensos participam, no mínimo, uma vez a cada três meses em grupos coordenados pela ESF e 5%, em atividades de promoção de saúde.

As orientações individuais e o fornecimento de medicamentos são atividades com percentual maior de frequência mínima mensal (40% ou mais) e as consultas médicas, com frequência maior, a cada dois e três meses (acima de 50%). No entanto, as atividades de grupo coordenadas pelo ESF, as consultas de enfermagem e as atividades de promoção da saúde nunca foram prestadas para 50% ou mais dos informantes portadores de hipertensão arterial sob acompanhamento da equipe.

### **Acompanhamento de portadores de diabetes**

A prevalência de diabetes entre as famílias pesquisadas em Florianópolis é inferior à da hipertensão arterial: 112 famílias (14% das pesquisadas) confirmaram a existência de um integrante com a doença, totalizando 122 (4%) moradores diabéticos. Cerca de 7% das famílias informaram a existência de diabéticos sem qualquer acompanhamento.

O acompanhamento dos portadores de diabetes, em qualquer serviço de saúde, era realizado com agendamento das consultas (94%). A maior parte (36%) era atendida a cada três meses, 37% eram acompanhados no mínimo uma vez por mês e 18%, em intervalos superiores a seis meses. Os 47 diabéticos sob acompanhamento pela ESF eram atendidos mais frequentemente pelo médico (85%).

A avaliação do atendimento prestado pela ESF foi feita apenas pelos informantes portadores de diabetes sob acompanhamento da equipe (34). A maioria informou receber orientações individuais da ESF, no mínimo, mensalmente (50%) e a cada dois ou três meses (38%). Grande parte (85%) nunca participou de grupos de hipertensos coordenados pela ESF. Apenas 3% dos diabéticos participavam de atividades de grupo mensalmente e 6%, com intervalos de seis meses. Os medicamentos são fornecidos pela ESF a 73% dos diabéticos entrevistados, no mínimo, uma vez por mês. As consultas médicas são realizadas a cada dois ou três meses (53%) e em 23% 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 50% nunca receberam esse tipo de consulta, 32% receberam ou, no mínimo, uma vez por mês (9%), ou a cada dois ou três meses (23%). A maioria (88%) dos entrevistados portadores de diabetes nunca participou de atividades promovidas pela ESF, como caminhadas, terapias ocupacionais etc.

O acompanhamento realizado pela ESF dos portadores de diabetes em Florianópolis concentra-se na oferta mensal de orientações individuais e no fornecimento mensal de medicamentos. Já as consultas médicas e de enfermagem são mais frequentes a cada dois e três meses. Vale ainda destacar que a participação dos diabéticos em atividades de grupo e de promoção de saúde é baixa.

### **Acompanhamento pré-natal**

A atividade de acompanhamento pré-natal foi pesquisada entre as 60 mulheres grávidas no momento da pesquisa ou mães de crianças menores de dois anos, integrantes de 60 (8%) famílias cadastradas pesquisadas em Florianópolis. Entre as sessenta gestantes pesquisadas, cinquenta e duas realizam acompanhamento pré-natal e receberam o cartão de acompanhamento pré-natal. Entre as gestantes que afirmaram fazer o acompanhamento pré-natal (52), a maioria (77%) o iniciou no primeiro trimestre.

Cerca de 69% das gestantes pesquisadas realizavam ou tinham realizado o acompanhamento pré-natal com a ESF e 15%, em unidades de saúde privadas. As consultas eram previamente marcadas em 94% dos casos e o acompanhamento, feito no mínimo mensalmente (88%).

O acompanhamento pré-natal das 36 gestantes atendidas no Posto ou Unidade de Saúde da Família (USF) era ou havia sido realizado principalmente pelo médico (89%).

A avaliação do atendimento prestado pela ESF no acompanhamento pré-natal foi feito apenas por informantes grávidas ou por mães de criança menor de dois anos de idade, totalizando 19 entrevistadas. Elas informaram receber orientações individuais, no mínimo, mensais (15); oito recebiam medicamentos mensalmente (42%) e quatro, a cada dois ou três meses (21%); oito tinham consultas médicas no mínimo uma vez por mês (58%) e a cada dois ou três meses (32%).

Quanto à consulta de enfermagem observaram-se dois grupos de gestantes: 37% afirmaram que nunca receberam tal consulta e 42% informaram receber a consulta, 16%, mensalmente e 26%, a cada dois e três meses. A maioria (89%) afirmou nunca ter participado de atividades promovidas pela ESF, como caminhadas, terapias ocupacionais etc. e nunca ter participado de grupos de gestantes orientados pela ESF (63%).

O acompanhamento pré-natal efetuado pelas ESFs em Florianópolis apresenta frequência mensal maior na orientação individual, no fornecimento de remédios e nas consultas médicas, embora estas duas últimas atividades com percentuais menores. No entanto, não oferece atividades coletivas, com frequência, como grupos de gestantes e outras atividades de promoção à saúde.

### **Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**

Em apenas 53 famílias pesquisadas em Florianópolis (7%) existiam crianças menores de dois anos, porém as crianças não tinham qualquer acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento em cinco destas famílias.

As 50 crianças nessa faixa etária com acompanhamento o realizavam predominantemente no Posto ou Unidade de Saúde da Família (82%) e ao redor de 18% eram atendidos em unidades de saúde particulares.

Noventa e seis por cento das consultas para acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento eram realizadas com agendamento e com frequência mínima mensal para 84% dessas crianças e, a cada dois e três meses, para 12% delas.

Das 40 crianças acompanhadas pela ESF, somente três eram atendidas pelo médico. Os moradores que têm crianças com menos de dois anos e que fazem acompanhamento no

Posto/USF relatam que o crescimento e o desenvolvimento são acompanhados por outros profissionais que não os da ESF.

Grande parte (86%) das 50 crianças com menos de dois anos e com acompanhamento possui o cartão de vacinação e de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

### **Acompanhamento de idosos ou doentes permanentemente acamados**

Entre as 789 famílias pesquisadas em Florianópolis 11 (1%) informaram a existência de idoso ou doente permanentemente acamado. Entre estas, nove recebiam atendimento domiciliar realizado por diversos profissionais da equipe de saúde da família: médico (78%), ACS (78%), enfermeiro (67%), e auxiliar de enfermagem (33%).

A maior parte dos idosos e doentes permanentemente acamados acompanhados (89%) recebia atendimento domiciliar com frequência mínima mensal e pouco mais de 10% dos acamados recebia atendimento domiciliar a cada seis meses.

### **Síntese do acompanhamento de grupos prioritários**

Em Florianópolis, mais de 82% das situações de vida e condições de saúde pesquisadas são acompanhados por algum serviço ou profissional de saúde. No caso de crianças menores de dois anos, o percentual de acompanhamento (94%) é o maior comparado a outras condições de saúde e agravo. As equipes de saúde da família são responsáveis pelo acompanhamento de 44% dos portadores de diabetes, 55% dos hipertensos, 69% das gestantes e de 80% das crianças menores de dois anos.

O Posto ou Unidade de Saúde da Família (USF) do SUS é o local de acompanhamento ou tratamento de 44% dos diabéticos, 55% dos hipertensos, 69% das gestantes, e 80% das crianças com até dois anos de idade e que estão em acompanhamento.

Ressalte-se a existência de 38 hipertensos (12%), 16 diabéticos (13%) e três moradoras grávidas que estavam sem acompanhamento (5%). 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 23% dos portadores de hipertensão arterial, 34% dos portadores de diabetes, 15% das gestantes e 18% das crianças até dois anos de idade.

Para todos os grupos pesquisados – portadores de patologias e em determinadas condições de vida, como gestantes e crianças menores de dois anos –, em 83% dos

casos ou mais as consultas são feitas com agendamento prévio. Os hipertensos (81%), diabéticos (85%) e gestantes (89%) são acompanhados pelo médico da ESF enquanto apenas 7% das crianças menores de dois anos é acompanhada por esse tipo de profissional.

Em Florianópolis, o grupo de gestantes e as crianças menores de dois anos são acompanhados com frequência mínima mensal, por qualquer serviço ou profissional de saúde. Essa frequência de acompanhamento é ofertada para pouco mais de um terço dos hipertensos e diabéticos.

O acompanhamento realizado pela ESF, com frequência mínima mensal, está concentrado na distribuição de medicamentos (73% dos diabéticos, 63% dos hipertensos e 42% das gestantes) e em orientações individuais (79% das gestantes, 50% dos diabéticos e 40% dos hipertensos). Mais da metade do grupo das gestantes acompanhados pela ESF recebem, pelo menos uma vez por mês, consulta médica (58%).

Em todas as condições de saúde e de vida pesquisadas é reduzida a oferta de atividades em grupo (entre 3% e 21% dos entrevistados na condição pesquisada afirmaram participar com frequência de até a cada três meses desse tipo de atividade) e atividades de promoção de saúde e sociais (resposta afirmativa de três a 6% dos entrevistados na condição pesquisada).

## **AVALIAÇÃO DAS FAMÍLIAS**

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 itens como: acesso, respeito, resolutividade, disponibilidade de medicamentos e equipamentos, condições de infraestrutura e 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 o grau de satisfação com a Estratégia Saúde da Família e solicitado que os usuários opinassem livremente, quanto a queixas, aspectos positivos, bem como indicassem suas principais sugestões.

#### **Avaliação do atendimento do profissional da ESF nos últimos 30 dias**

Entre os 249 entrevistados nos últimos 30 dias, a maior parte (84%) conhecia anteriormente o profissional de saúde que lhes prestara o último atendimento. A avaliação dos entrevistados sobre o último atendimento realizado foi positiva: o profissional foi considerado atencioso (97%), forneceu informações sobre seu estado de saúde (87%) e demonstrou ter conhecimento para resolver o seu problema de saúde (89%).

#### **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, 81% das famílias opinaram que os ACS conhecem os problemas de saúde da sua família; 84%, que conhecem os problemas de saúde da comunidade; 96%, que estabelecem bom relacionamento com as pessoas acompanhadas; 87%, que orientam a respeito de cuidados de saúde; e 88% das famílias compreendem tais orientações.

As visitas domiciliares foram consideradas ponto positivo, avaliadas como muito boa ou boa por 90% dos entrevistados que conheciam o ACS.

#### **Avaliação do último atendimento nos últimos 12 meses**

Foi perguntado às 282 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 (94%), cortesia e carinho do pessoal de enfermagem (93%), cortesia e carinho do pessoal médico, competência e habilidade do profissional de saúde (92%), respeito na maneira de recebê-lo e tratá-lo (91%). Os aspectos pior avaliados foram o tempo de espera até ser atendido (32% consideram ruim ou muito ruim), a cortesia e carinho do pessoal administrativo (24%), a estrutura física das USF e a pontualidade dos profissionais (22%).

Foi solicitado aos entrevistados com alguma experiência de atendimento na USF nos últimos 12 meses que avaliassem os serviços que já tinham utilizado. Mais de 70% consideram bom ou muito bom o atendimento médico, o atendimento de enfermagem, o serviço de recepção e triagem/acolhimento.



Já 37% das famílias, avaliaram como ruim ou muito ruim conseguir consulta sem marcar e 36% consideraram ruim ou muito ruim conseguir marcar consulta com dentista. Destaca-se que 70% das famílias informaram não ter utilizado acompanhamento pré-natal, 69% não utilizaram o serviço de planejamento familiar, e 55% de acompanhamento de crescimento e desenvolvimento de crianças na USF.

### **Avaliação geral da Estratégia Saúde da Família pelas famílias**

As 111 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 existente. Nessa avaliação comparativa, mais da metade das famílias apontaram melhoras com a implantação da ESF no bairro: nas condições de dar bom atendimento (58%), no conhecimento técnico para resolver os problemas de saúde (56%), no conhecimento dos problemas da comunidade (53%) e na participação nas atividades do bairro (50%).

Foi solicitado às famílias cadastradas que informassem o grau de satisfação com a Estratégia Saúde da Família em Florianópolis e 52% delas indicaram que estão satisfeitas com a Estratégia Saúde da Família e 24% que estão mais ou menos satisfeitas. Ao passo que 9% afirmaram que estão insatisfeitas com a Estratégia. Um terço considera que diminuiu a procura por hospitais e especialistas (34%) e por serviços de urgência (32%).

Cerca da metade das famílias (48%) apontou algo que não gosta na Estratégia. As principais queixas mencionadas foram quanto à carência de profissionais (7%), demora para exames e retorno (6%), demora para marcação de consultas (5%) e demora no atendimento (4%).

Quanto ao que agrada às famílias na Estratégia Saúde da Família em Florianópolis, 27% destacaram o bom atendimento e profissionais atenciosos, 12% das famílias citaram o trabalho e as visitas dos ACS e 6%, as visitas domiciliares. Reuniões de grupo e facilidade de acesso também foram apontados como pontos positivos por parte das famílias.

Na opinião de metade das famílias cadastradas, a Estratégia Saúde da Família deve mudar alguma coisa e 217 sugeriram mudanças. Coerente com as queixas, as mudanças mais sugeridas pelas famílias foram: necessidade de contratação de mais profissionais

para as ESF (13%), maior agilidade no atendimento (5%) e na marcação de exames (4%) e melhor acolhimento (4%).

Cerca de metade das famílias cadastradas (45%) considera que a Estratégia Saúde da Família deve oferecer outras atividades além das que já são oferecidas. As principais sugestões de atividades a serem oferecidas pelas ESFs foram ações voltadas para a adolescência e juventude, atendimento médico especializado (5%), atividades de grupos (antitabagismo, hipertensos, gestantes), ações de educação em saúde e atividades para idosos.

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

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

No contexto político institucional destacam-se, entre os fatores que facilitam a consolidação da Estratégia Saúde da Família, a formalização da política municipal de atenção básica com adequação do documento da Política Nacional de Atenção Básica (MS/SAS/DAB, 2006) ao nível municipal por meio da edição da Portaria/SS/GAB/Nº 283/2007, que normatiza a organização da atenção básica e as atribuições das equipes de saúde da família no sistema local de saúde, seguindo os princípios e as diretrizes da PNAB.

Um fator limitante diz respeito à experiência recente do município na regulação da atenção especializada. Os baixos legado e acúmulo de aprendizado institucional do município na gestão plena do SUS em seu território institucional dificultam a integração da Estratégia Saúde da Família à rede de serviços de saúde. A habilitação apenas na gestão da atenção básica impôs limites reais à integração da APS na rede assistencial devido à baixa governabilidade municipal sobre parte dos serviços especializados, principalmente a atenção hospitalar sob gestão estadual.

A Programação Pactuada e Integrada mostra-se insuficiente para reduzir a fragmentação entre as redes estadual e municipal, pois não há garantias de que as cotas programadas de procedimentos especializados sejam distribuídas entre as unidades de saúde municipais.

A alternativa da gestão municipal de expansão de oferta própria de atenção especializada por meio de policlínicas regionalizadas amplia e facilita o acesso aos serviços de média complexidade, todavia não incide na fragmentação da rede assistencial do SUS presente no território da capital catarinense.

A elevada qualificação técnica de gestores e gerentes associada à decisão política facilita a consolidação da Estratégia Saúde da Família.

A implantação de equipes de Saúde da Família em centros de saúde preexistentes mediante a reorganização interna e a reestruturação parcial das UBSs com a manutenção de médicos das especialidades básicas como apoio às ESFs, pode incrementar a resolutividade das USFs.

Todavia, a centralidade do modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família implementado no município, a organização da demanda com o estabelecimento de prioridades estritas para o atendimento de determinados grupos populacionais (que se evidencia no trabalho das ESFs), ainda que facilite a busca ativa e o acesso desses grupos, restringe, entretanto, o acesso às USFs dos cidadãos não pertencentes aos grupos prioritários. Essa priorização sem garantia de acesso ao conjunto da população dificulta a conformação da USF como porta de entrada preferencial ao sistema de saúde e como serviço de primeiro contato, atributo essencial de uma APS robusta.

O atendimento diversificado da demanda espontânea nas USFs para grupos não prioritários, com o estabelecimento de dias específicos para o acolhimento desses grupos em parte das unidades, limita as possibilidades da constituição das USF como serviço de procura regular de sua população adscrita. Por conseguinte, 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 (OMS, 2008).

A implantação de ESF 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 utiliza, identificando-a como posto ou centro de saúde.

Assim, a proporção de famílias cadastradas que conhecem e fazem uso da Saúde da Família no município de Florianópolis pode ser considerada baixa. Ainda que a maioria dos entrevistados (70%) conhecesse a Estratégia Saúde da Família no município, somente 40% informaram conhecer de modo espontâneo, o que demonstra a necessidade de maior investimento na divulgação da estratégia e em ações de busca ativa por parte das ESFs.

Cerca de 60% das famílias cadastradas tinham tido experiência de atendimento pela Estratégia Saúde da Família na unidade ou no domicílio. Chama a atenção que quase metade das famílias cadastradas desconhecia o ACS e não fora por ele visitada. Nesse sentido, é recomendável monitorar a realização de visitas pelos ACS e estabelecer rotinas diferenciadas de visita conforme risco, presença de agravos crônicos etc.

Em bairros com população em que há cobertura elevada por planos privados de saúde é preciso adaptar os processos de trabalho dos ACS, redimensionar quantitativos, qualificar suas funções e estabelecer distintas prioridades como forma de aprimorar os serviços prestados pela ESF.

A ampliação da cobertura de Saúde da Família para áreas de residência de grupos de classe média exige estratégias diferenciadas para reduzir a resistência da classe média às ações da Saúde da Família.

Entre as famílias cadastradas que receberam visitas, o ACS é reconhecido e sua atuação bem avaliada no que se refere ao conhecimento dos problemas de saúde da família e da comunidade, ao estabelecimento de bom relacionamento com as pessoas acompanhadas e ao processo de orientação a respeito de cuidados de saúde. As visitas domiciliares dos ACS são também avaliadas de forma bastante positiva pelas famílias cadastradas, ainda que haja uma proporção de ACS que não realiza essa atividade todos os dias.

A existência de profissionais atenciosos e o bom atendimento no âmbito das ESF são os pontos positivos mais destacados pelas famílias cadastradas.

O matriciamento utilizado também como ferramenta para supervisão e desenvolvimento profissional continuado é estratégia com potencial para reduzir o distanciamento e

aproximar o especialista e profissionais de atenção básica, qualificando clinicamente esses profissionais e trabalhando as dificuldades encontradas pelas equipes em seu próprio espaço de trabalho. Em Florianópolis, as equipes de matriciamento em Geriatria e Saúde Mental realizam atividades de interconsulta, reuniões de equipe, visitas domiciliares, atividades de grupo e discussões de casos clínicos.

A implantação de equipes matriciais em saúde mental facilita a coordenação dos cuidados em saúde mental com responsabilização das ESFs por meio da organização de fluxos, discussão de caso e estabelecimento de projetos terapêuticos singulares.

A disponibilidade de espaço físico adequado para ações específicas dos diversos profissionais e atividades de grupo incide na qualidade da atenção prestada, na eficiência de uso de recursos, na satisfação dos profissionais com seu trabalho e no dos usuários com seu serviço de saúde. 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 profissional de nível superior como gerente de unidade básica 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 oferta do conjunto de ações de atenção básica exige a definição de profissional para as funções gerenciais.

A inexistência de coleta de material para exames nas USFs dificulta o acesso a exames de patologia clínica. A coleta de material para exames na própria USF contribui para a percepção de resolutividade pelos usuários e facilita a conformação da USF como serviço de procura regular.

#### *Organização do processo de trabalho*

O conjunto de normas e de regulamentações da Estratégia Saúde da Família formulado pelo Ministério da Saúde tem sido criticado por ser excessivo e homogeneizar as atividades das ESFs em todo o território nacional, sem considerar as necessidades e especificidades locais.

O caso de Florianópolis, no entanto, mostra que a existência e o cumprimento das normas ministeriais se fazem *pari passu* à incorporação das necessidades específicas do município. A programação das atividades realizadas pela ESF em Florianópolis, assim como nos outros municípios estudados é orientada pelas demandas da população, bem

como pela decisão da equipe a partir do perfil epidemiológico da população e da realidade local.

Ao mesmo tempo, o próprio município adotou um conjunto de dispositivos legais que orientam a implantação da Estratégia e as atividades/ações desenvolvidas pelas ESFs, facilitando a organização do processo de trabalho em nível local.

O município dispõe de protocolos clínicos que orientam as ações de profissionais da rede de saúde municipal, construídos coletivamente entre gestores e profissionais das ESFs o que facilita seu uso pelos profissionais.

As ESFs estabelecem ações prioritárias, que estão concentradas em certos grupos populacionais, o que limita o alcance da Estratégia e a resolutividade das ESFs. A definição de número restrito de grupos prioritários dificulta o acesso e a constituição da USF como porta de entrada preferencial, como mencionado.

Atividades de grupos com usuários portadores de agravos específicos constituem prática incorporada pelas ESFs de forma rotineira, demonstrando avanço em relação às ações tradicionais de atenção à saúde, que intensificam processos de educação em saúde e podem facilitar a criação de vínculos e adesão aos tratamentos. Atividades de grupos, como os de anti-tabagismo, hipertensos e gestantes, além de ações de educação em saúde como palestras e atividades para idosos e para a adolescência e juventude estiveram entre as principais sugestões das famílias com relação às atividades a serem oferecidas pelas ESFs.

As visitas domiciliares de ACS são avaliadas de forma positiva pelas famílias cadastradas. A existência de um percentual de ACS que declara realizar visita domiciliar com frequência inferior a todos os dias, a elevada proporção de famílias que não conhecia o ACS ou recebera sua visita demonstra que essa é atividade que precisa ser incentivada e melhor acompanhada pelo município.

### *Integração*

A SMS de Florianópolis vem adotando um conjunto de medidas para promover a integração da AB/SF e garantir acesso à atenção especializada. A recente adesão ao Pacto de Gestão e a assunção de responsabilidade do município pela atenção especializada, a partir de 2007, permitiu ampliar a autonomia municipal em relação à organização da atenção e, em consequência, trouxe ganhos de acesso.

A implantação do SISREG – sistema informatizado de marcação e regulação de consultas e exames especializados – impulsionada pela Estratégia Saúde da Família no município e incentivada pelo Ministério da Saúde, abriu a possibilidade de definição de prioridades clínicas, permitiu a marcação *on-line* de procedimentos no próprio centro de saúde, possibilitou o conhecimento e redução das filas de espera e o acompanhamento do percurso do usuário no sistema de saúde.

Apesar desses avanços, persistem dificuldades de acesso à atenção especializada provocadas, em certa medida, pelas dificuldades de contratação/fixação de especialistas, mesmo os concursados, devido à exigência da carga horária de 40 horas semanais. Tais dificuldades são ainda agravadas pela falta de integração entre prestadores municipais e estaduais.

O monitoramento dos encaminhamentos feitos pelas ESFs por meio da elaboração de relatórios com as listas de espera pode subsidiar a definição das especialidades com necessidades de contratação. A expansão de cobertura da Estratégia Saúde da Família obriga à reorganização da rede assistencial para garantir acesso integral. Investimentos em média complexidade potencializam a resolutividade da atenção básica.

A demora na marcação de consultas e exames e a insuficiência de profissionais foram os pontos negativos mais mencionados pelas famílias, corroborando a necessidade de maior agilidade nos fluxos entre os diferentes níveis do sistema local de saúde.

No caso dos SADT, sua marcação e regulação pelo SISREG têm possibilitado os mesmos avanços que os das consultas especializadas e apresentam os mesmos limites da falta de integração entre prestadores municipais e estaduais. Cabe destacar a existência de longo tempo de espera para alguns procedimentos. A implantação das policlínicas regionalizadas possibilitou melhorias no acesso a esses serviços.

Capacitações específicas e a utilização dos protocolos podem ser estratégias importantes para qualificar as solicitações de procedimentos de apoio diagnóstico. Nas diversas cidades, gestores identificam excesso de pedidos de exames pelos médicos das ESFs sem critérios definidos e sem justificativa clínica suficiente. A capacitação dos profissionais para aprimorar a qualidade dos registros nos prontuários e as justificativas clínicas para exames e consultas contribui para melhorar a continuidade dos cuidados e aumentar a eficiência. Capacitações específicas podem ser definidas a partir do monitoramento dos encaminhamentos realizados pelas ESFs.

A ampliação dos serviços oferecidos com maior acesso e possibilidade de prescrição e a solicitação de exames pela ESF aumenta a resolutividade da APS, contudo deve ser monitorada, para evitar solicitações desnecessárias.

A definição de cotas físicas de serviços especializados, distribuídas por unidade de saúde, afetam potencialmente iniquidades de acesso, contudo devem estar condicionadas por critérios epidemiológicos de necessidade.

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 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 habilitação somente na atenção básica e a recente adesão ao Pacto de Gestão dificultam a organização da rede assistencial. Prestadores de serviços de saúde estaduais localizados no território municipal não são regulados pelo município, levando à subotimização do uso de recursos e da oferta pública existente.

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 conformação de uma única rede assistencial.

A gestão dos serviços de saúde no município é dificultada pela fragmentação entre a oferta de atenção especializada garantida pelo estado e pelo município. Há necessidade de acelerar o processo de negociação para que o município possa regular e articular estes serviços presentes no seu território garantindo o acesso integral aos munícipes.

A ausência de regulação dos serviços hospitalares que estão sob gestão estadual impede a definição de fluxos e o acompanhamento dos pacientes, corroendo a possibilidade das funções de coordenação dos cuidados pelas equipes.

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



A criação de serviços especializados próprios municipais representa esforço significativo empreendido pelos gestores locais para garantia de consultas e exames especializados.

Além da adoção do processo de regulação, outras medidas que visam à integração da rede assistencial e à coordenação da atenção foram adotadas pelo município de Florianópolis, com saldo positivo.

O estabelecimento de protocolos facilita a coordenação dos cuidados ao definir fluxos e responsabilidades. A construção de linhas de cuidado e a elaboração de protocolos em conjunto por profissionais da atenção básica, especialistas, entidades profissionais e gestores facilita a articulação e a comunicação entre níveis assistenciais, a coordenação dos cuidados e a adesão dos profissionais às diretrizes estabelecidas.

A produção de protocolos clínicos para diversas áreas, incorporando a nova condição de gestão municipal da saúde com acesso a serviços especializados, contribui para organizar fluxos. O processo compartilhado de construção coletiva dos protocolos facilita o diálogo e a cooperação entre especialistas e generalistas e contribui como estratégia de educação permanente dos profissionais das ESFs para seu uso.

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 implantação de prontuários eletrônicos com acesso *on line* e registro por diversos profissionais e serviços contribui para aprimorar a qualidade dos registros e a continuidade informacional entre diversos episódios e no acesso do paciente aos vários serviços, possibilitando acompanhar o trajeto dos usuários no sistema de saúde. Todavia implica em estabelecimento de infraestrutura computacional, redes ágeis e manutenção adequada permanente.

O prontuário eletrônico utilizado por profissionais de toda a rede assistencial possibilita que o médico da Saúde da Família receba a contrarreferência logo após a consulta com o especialista.

A implantação de prontuários eletrônicos tem deslocado a organização dos prontuários familiares para registros 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.

Como mencionado, a ampliação da rede assistencial própria é outra estratégia adotada pelo município para aumento de oferta de serviços, mas essa alternativa não parece ser suficiente para resolver o problema da articulação entre a gestão municipal e a estadual de saúde.

O apoio matricial e a implantação de equipes de NASF também são mecanismos especializada, com potencialidade para superar, além da histórica fragmentação na organização dos sistemas de saúde, a distância entre profissionais dos dois níveis assistenciais.

O estabelecimento de fluxos para os serviços de urgência/emergência e para a rede hospitalar sob gestão estadual constitui, no entanto, um grande nó à atenção integral e à continuidade da atenção, agravado pela falta de articulação entre os gestores municipal e estadual de saúde.

#### *Intersetorialidade*

Ações intersetoriais que envolvem tanto os diversos setores governamentais como as organizações da sociedade civil contribuem para maximizar o uso dos recursos e, conseqüentemente, potencializam o alcance da eficácia e da efetividade das intervenções públicas, ao mesmo tempo em que abrem a possibilidade de responder aos determinantes mais gerais do processo saúde-doença.

Em Florianópolis, experiências intersetoriais que abrangem os setores de saúde, educação e assistência social têm longa duração e contribuem para maior articulação das intervenções públicas no nível local. No entanto, essas ações são ainda pontuais e poderiam ter maior abrangência e institucionalidade se articuladas a uma política municipal e a uma modalidade integrada de atuação governamental.

Existem diversos fóruns intersetoriais, cada qual vinculado a projetos específicos. Se esses fóruns representam, de um lado, ganhos em termos de propiciar discussão e tomada de decisão conjunta entre os setores envolvidos, por outro, podem gerar uma profusão de espaços coletivos que tendem a fragmentar as ações no município em vez de responder a um esforço integrado de intervenção pública. Projetos como o voltado à atenção à população de rua, o Saúde Escolar e o projeto dos celíacos são experiências

bem sucedidas que podem trazer a contribuição de lições aprendidas de boas práticas em saúde.

Parte das ESFs desenvolve diversas ações comunitárias em conjunto com outros setores. A existência de alta proporção de profissionais que declara não realizar ações intersetoriais sugere a necessidade de estímulo a essas práticas.

Há limites na atuação intersetorial das ESFs, pois deve ser estratégia estruturante da política municipal.

Destaque deve ser dado à integração promovida pela Rede Docente-Assistencial, que envolve a SMS e a UFSC. Essa integração tem possibilitado a formação de profissionais da saúde a partir da vivência nas unidades de saúde do SUS municipal, tanto em âmbito dos cursos de graduação como na residência em SF. A contribuição dessa integração para a capacitação continuada e educação permanente das ESFs, no entanto, não está bem explicitada e poderia ser incentivada/aprimorada.

Os ACS são reconhecidos como importantes no estabelecimento das parcerias intersetoriais, tanto por realizarem a divulgação das ações desenvolvidas como também por conhecerem a comunidade na qual atuam e, com isso, poderem identificar as necessidades e demandas da população.

A troca de informações e de experiências propiciada pelo desenvolvimento de trabalhos conjuntos entre os diversos setores é um ganho trazido pelas ações intersetoriais e permite superar os limites da intervenção setorial.

Destacam-se, como fatores limitantes para a atuação e a mediação de ações intersetoriais pelas ESFs, o pouco conhecimento e a compreensão sobre as atribuições de cada setor, a baixa visibilidade e a pouca divulgação das ações intersetoriais empreendidas e o excesso de fóruns, que acabariam fragmentando as ações.

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 no nível local, de modo que o acesso à USF facilite o acesso a outros serviços sociais.

É relativamente alto o grau de conhecimento e a participação dos profissionais em fóruns coletivos de discussão da política de saúde municipal, notadamente o Conselho

Municipal de Saúde, a Conferência Municipal e os Conselhos Locais de Saúde, em que boa parte dos profissionais das ESFs informou não só conhecer como também participar, seja como membro ativo, seja com participação eventual.

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 importante agente.

O desenvolvimento de ação comunitária poderia ser fortalecido. Consta-se certo descompasso entre os avanços da integração da rede assistencial e a incipiente ação intersetorial local promovida pela ESF.

### *Recursos humanos*

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

Os recursos humanos em saúde constituem reconhecidamente um dos principais desafios ao processo de implementação do Sistema Único de Saúde brasileiro. Tais desafios são ainda maiores quando se analisa a Estratégia Saúde da Família, seja no que diz respeito à formação e à capacitação dos profissionais para atuarem no âmbito das ESFs, seja pela questão dos vínculos trabalhistas e estratégias de fixação de pessoal, seja ainda pela adesão desses profissionais à proposta do Saúde da Família.

Pode-se dizer que, de maneira geral, a gestão de trabalho das equipes de saúde de família em Florianópolis 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 pela busca da regularização dos vínculos através da realização de concursos públicos, pelo investimento e valorização do processo de qualificação dos trabalhadores, pelo tempo de permanência dos profissionais nas equipes, pela adoção de mecanismos de remuneração adequados por categoria e

complementações via recompensas específicas e pelas estratégias de fortalecimento das equipes através da implantação do modelo matricial.

De fato, a realização de concursos públicos para a substituição dos quadros terceirizados em todas as categorias profissionais tem sido preocupação recorrente dos gestores da saúde de Florianópolis. Essa forma de contratação tem possibilitado vínculos trabalhistas mais estáveis, exercendo impacto positivo na fixação dos profissionais na Estratégia Saúde da Família, ao mesmo tempo em que encerra a perspectiva de melhoria de desempenho das ações de saúde.

Na gestão de recursos humanos para a atenção primária, a contratação por concurso público é estratégia necessária, que facilita a fixação de profissionais, mas não suficiente. Chama a atenção a permanência de dificuldades para atração e retenção dos médicos, sobretudo devido à carga horária de 40 horas semanais, associada à exigência, por parte da SMS, de dedicação exclusiva. Ademais, deve-se levar em consideração a forte presença da prática liberal da medicina como concorrente à adesão desses profissionais à Estratégia SF.

Uma dificuldade adicional à realização de concursos públicos, sobretudo para os médicos, diz respeito à falta de preparo dos profissionais, o que se reflete no baixo índice de candidatos classificados.

No caso dos ACS, sua inserção no quadro permanente da SMS permanece como desafio, sendo a contratação via CLT a forma predominante de inserção profissional dessa categoria.

As estratégias de educação permanente que privilegiam o espaço de trabalho como espaço de aprendizagem são fundamentais para a qualificação de ACS. Realizadas por enfermeiros podem contribuir para que a supervisão se processe mais em espaço de aprendizagem e menos no de controle gerencial.

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.

Um ponto positivo à adequação do perfil profissional dos médicos à Estratégia SF diz respeito à exigência recente de titulação de especialista como requisito ao ingresso dos

médicos, via concurso público, ao quadro permanente da SMS. Esse requisito possibilitou o aumento da qualificação dos profissionais inseridos nas ESF, especificamente com formação em Saúde da Família ou equivalente. Da mesma forma – ou, talvez, como consequência dessa exigência – a maioria dos médicos inseridos nas ESFs tem experiência prévia de trabalho em Saúde da Família, o que, por sua vez, constitui um fator adicional à adesão desses profissionais à Estratégia.

Embora Florianópolis apresente um dos maiores percentuais de qualificação em Saúde da Família dos profissionais entrevistados, se comparado aos outros municípios pesquisados, cabe destacar que há ainda a necessidade de ampliar a quantidade de enfermeiros com especialização.

O município de Florianópolis tem investido em diversas estratégias para fixação e adesão dos profissionais das diferentes categorias à Estratégia Saúde da Família. Algumas delas são a complementação salarial de todas as categorias em seu patamar mais alto, a equiparação do salário dos médicos das ESF com os demais especialistas médicos e a oferta de alguns benefícios e vantagens salariais. Ainda assim, a remuneração permanece como fator de insatisfação.

Vale destacar que outro fator limitante à gestão do trabalho da Saúde da Família é a ausência de Plano de Carreira próprio para a área de saúde.

Outros fatores de insatisfação mencionados pelos profissionais foram 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 relacionados à efetividade do curso introdutório para os ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem, bem como das capacitações voltadas para que os profissionais estejam aptos a lidar com a diversidade sociocultural da comunidade.

A constituição das USFs como campo de formação da graduação, como ocorre em Florianópolis, qualifica os serviços prestados pela Estratégia. Por meio da Rede Docente-Assistencial, integrada pela Prefeitura de Florianópolis e a Universidade Federal de Santa Catarina, as unidades de Atenção Básica constituem campos de formação de alunos dos diversos cursos de graduação e de pós-graduação da área da

saúde. Ao mesmo tempo, e em face da carência de oferta de vagas em residência no estado, a possibilidade de cursar residência em Saúde da Família configura um atrativo para ingresso de profissionais no município, embora seja insuficiente para fixá-los.

A implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) traz a perspectiva da ampliação e da diversificação dos recursos humanos na ESF em Florianópolis, alargando a abrangência e o escopo das ações de atenção básica, melhorando a qualidade e a resolutividade da atenção a saúde através de equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuarão em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família.

Como principais desafios para a gestão do trabalho no município de Florianópolis destacam-se a adesão das categorias médica e de enfermagem e suas respectivas representações ao novo modelo assistencial que orienta a Estratégia Saúde da Família e o aperfeiçoamento dos mecanismos de gestão.

Por fim, as dimensões analisadas da gestão do trabalho nas equipes do município de Florianópolis reforçam os desafios na busca de minimizar a complexidade da inserção dos profissionais na Estratégia Saúde da Família face ao contexto de trabalho e seu entorno.

No sentido de alterar este panorama algumas dimensões críticas são colocadas, 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.

\*\*\*\*\*

A priorização da Atenção Básica dentro do SUS buscou responder aos compromissos do sistema de saúde relativos a 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 Saúde da Família nos grandes centros com 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 a serviços de saúde, acrescida da percepção das camadas médias de que a assistência médica pública, bem como outros bens públicos, é inferior à sua expectativa justificariam a falsa consciência de que não devem utilizar os serviços públicos para não ‘tirar o lugar’ daqueles que não têm outros recursos, negando 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 SF, 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 estes estratos populacionais que reivindicam a cobertura por ESFs em suas áreas de moradia.

Os obstáculos a superar para garantia de atenção integral são de diversas ordens – financeiros, de oferta insuficiente e de formação inadequada de recursos humanos (Conill, 2008). Ainda assim, os resultados dos estudos 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 atenção especializada, tem potencialidade para reorientar a organização do sistema de saúde. Haveria garantia do direito universal à saúde, na medida em que seja assumida como política integrada de governo e que construa interfaces, promovendo a cooperação com outros setores para 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

**Florianópolis**

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 as condições mais comuns e 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, empregado para referir-se a diferentes concepções, que podem ser agrupadas em três principais abordagens. 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 de algumas intervenções custo-efetivas dirigidas a agravos específicos.

De modo distinto, nos países europeus com sistemas universais de proteção social em saúde, o termo atenção primária em geral refere-se a um dos níveis de atenção, que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não especializados de primeiro contato, incluindo variado espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população.

Outra perspectiva é a de atenção primária à saúde (APS) 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; acesso e cobertura universais com base nas necessidades e na participação da comunidade; ação e coordenação intersetorial; e uso de tecnologia apropriada e efetiva. Ela pode, assim, 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 maneira de 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, à ênfase na promoção e na prevenção, à intersetorialidade, à participação social e à 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 destas 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 impactos 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 afeta positivamente os indicadores de situação de saúde e produz ganhos de eficiência com menor uso de medicamentos (Starfield & Shi, 2002; Macinko, Starfield & Shi, 2003). Reformas recentes nos países da União Europeia buscam fortalecer a posição da atenção primária no sistema de saúde e promover sua função de coordenação dos cuidados (Saltman, Rico e Boerma, 2006).

No Brasil, nos anos 1990, de modo a distanciar-se da concepção de atenção primária à saúde seletiva, passou-se a empregar o termo atenção básica em saúde para caracterizar a atenção à saúde 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, 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; não implicava um modelo assistencial diferenciado, mantendo-se a atenção ora calcada apenas na resposta ao pronto-atendimento da

demanda espontânea, ora 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 de Saúde (PACS), foi criado em 1993, e implantado a partir de 1994, com características de seletividade ao priorizar a ação para determinados grupos e dirigir-se, como programa paralelo, a populações em maior vulnerabilidade social.

Aos poucos, todavia, o PSF adquiriu centralidade na agenda governamental. Desde 1999 foi assumido como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde pelo Ministério da Saúde, visando implementar novo modelo assistencial de atenção primária mais abrangente 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; nos grandes centros urbanos, todavia, a implementação foi lenta devido a 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 à 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, contando com 27 mil equipes de saúde da família (ESFs) e atingindo a cobertura populacional de 46% dos habitantes (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), que obteve 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 caracterizar a atenção primária em saúde abrangente.

Na PNAB, a Atenção Básica é entendida como um conjunto de ações de promoção, de prevenção, de recuperação e de 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, articulando ações programáticas e de atendimento à demanda espontânea, integrando ações de promoção da saúde, de prevenção de agravos, de tratamento e de reabilitação e coordenando 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 de monitoramento sistemático dos resultados; e 6) o estímulo à participação popular e ao controle social (MS, 2006:10-11).

Na Política Nacional de Atenção Básica, a Saúde da Família é assumida como estratégia prioritária para a organização da atenção básica; assim, o modelo brasileiro de atenção primária em saúde incorpora também os elementos de centralidade na família e é direcionado 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 a modelos diferenciados; a ampliação de cobertura nem sempre correspondeu à mudança do modelo assistencial preconizada pela estratégia, mediante o estabelecimento de porta de entrada, a formação de vínculos entre os profissionais e a população do território, e a integração dos serviços de saúde em uma rede assistencial resolutiva, de modo a garantir a integralidade da atenção (Escorel et al., 2002).

Avançar na implementação de tal política exige o conhecimento e a análise aprofundados da atenção primária atualmente prestada e sua avaliação a partir da perspectiva de todos os envolvidos, profissionais de saúde, gestores e, em especial, 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.

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, com financiamento do DAB/SAS/MS, quatro estudos de caso em grandes municípios nos quais há experiências consolidadas e cobertura elevada. Entende-se que a análise da implementação da Estratégia Saúde da Família, no que concerne à integração da rede assistencial e à intersetorialidade em experiências consolidadas, contribui para melhor compreender a complexidade da promoção de mudanças do modelo assistencial, identificar novos desafios da fase de consolidação e 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 de uma atenção primária abrangente, estratégica para a reorganização do sistema de saúde.

## **JUSTIFICATIVA**

No processo de renovação da atenção primária observa-se a disputa, pelas agências internacionais, entre distintas concepções de atenção primária, que acarretam 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 distintas, com consequências diferenciadas sobre a garantia do direito universal à saúde.

A integração da APS ao sistema de saúde e à articulação intersetorial é princípio fundamental de uma atenção primária abrangente, pois é condição para a garantia de

atenção integral, enquanto a intersectorialidade o é para o enfrentamento de determinantes sociais. A integração com os outros níveis assistenciais é atributo fundamental de uma APS abrangente.

A principal característica da APS seletiva é a oferta de cesta restrita de serviços a algumas ações de baixo custo, situadas no primeiro nível de atenção e sem garantia de acesso a serviços de saúde (inclusive os especializados) adequados às necessidades de saúde, 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.

Assegurando a continuidade da atenção aos pacientes crônicos, a integração do sistema de saúde contribui para o exercício de coordenação dos cuidados pelos serviços de atenção primária. Essa coordenação é 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, o que exige a coordenação entre níveis de atenção.

Outra importante característica da 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 a atuação dirigida a enfrentar os determinantes mais gerais dos processos saúde-enfermidade. Reconhecer a determinação social dos processos saúde-doença requer a articulação com outros setores de políticas públicas, desencadeando e mediando ações intersectoriais 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 a concepção abrangente de atenção primária envolve a construção de sistemas de saúde orientados pela APS; nesta concepção, a atenção primária não se restringe ao primeiro nível de atenção, mas é a base e a 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 a 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, que se quer comunitária e que incide sobre os problemas coletivos, não apenas os individuais; uma atenção primária que responde às exigências da Constituição brasileira, que determina o dever do Estado de garantir a saúde mediante políticas sociais e econômicas capazes de reduzir os riscos de adoecimento e facultar 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 o momento de novas iniciativas de organização do sistema de saúde, incentivadas pelo governo federal, e de discurso inovador 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 a 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-caso de sucesso na extensão de cobertura por PSF a seus municípios, busca contribuir com subsídios para a melhor organização do SUS. Embora soluções não possam ser diretamente transferidas em virtude das diversidades regionais de nosso país, a análise de experiências bem sucedidas 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 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 partir da implementação da Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos.



Tem como objetivos específicos:

- Analisar o contexto político e institucional de implementação do Programa Saúde da Família;
- Avaliar a conformação de uma rede integrada de serviços de saúde com a constituição da ESF/unidade de saúde da família (USF) 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 essenciais 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 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 e à coordenação dos cuidados, bem como 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 Florianópolis, com trabalho de campo entre maio e julho de 2008, no qual foram realizadas entrevistas com gestores e gerentes municipais, aplicados questionários autoperenchidos aos profissionais das ESFs, e aplicados 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 efetuados 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 ESFs 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 à coordenação dos cuidados em saúde, assim como à articulação intersetorial com outros setores de políticas públicas.

A seguir apresenta-se a síntese da revisão bibliográfica a respeito dos 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 é exercida pelos profissionais de saúde no processo de atenção, ao articular 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 nos da União Europeia (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 maior eficiência (Gérvias 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 aquelas voltadas ao fortalecimento do primeiro nível de atenção. Afora propósitos de controle de gastos, a melhor coordenação dos cuidados busca responder a

exigências de mudanças no perfil epidemiológico, que mostra crescente prevalência de doenças crônicas. O cuidado de doentes crônicos resulta em interdependência interorganizacional, pois estes pacientes utilizam simultaneamente serviços de diversas complexidades, o que requer a coordenação entre níveis de atenção (Giovanella, 2006).

A coordenação dos cuidados pode ser compreendida e experimentada de diferentes maneiras, 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 de contrarreferência em todos os níveis do sistema e com outros serviços sociais. Segundo Watson (2004), 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. Para o autor, a continuidade do cuidado é uma dimensão qualitativa do serviço que é experimentada pelo paciente, dependente do grau de coordenação e de integração dos serviços. A coordenação é percebida pelo usuário por meio da continuidade assistencial.

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, o que facilita o estabelecimento de vínculo. Neste sentido, pode-se definir a continuidade como o grau em que o paciente percebe e experimenta 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 no cuidado em saúde, estratégias de coordenação são necessárias para garantir a continuidade. O grau de coordenação requerido dependerá da complexidade do caso e das opções disponíveis ao paciente (Boerma, 2006).

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

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 capazes de facilitar a coordenação está relacionado à disponibilidade e à transferência de informações, incluindo a ampla utilização das tecnologias de informação e de comunicação (TICs). Um requisito necessário seria o aprimoramento da coleta e a disseminação das informações sobre o atendimento ao paciente, tal como o desenvolvimento de indicadores de desempenho dos prestadores. O uso destas tecnologias apresentaria efeitos positivos também na qualidade da assistência prestada (Hofmarcher et al., 2007).

Um segundo grupo de intervenções com potencial impacto positivo sobre a coordenação dos cuidados refere-se ao financiamento, com 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 igualmente influenciam o comportamento dos prestadores, o que produz impacto sobre a coordenação.

O terceiro conjunto de medidas pró-coordenação dos cuidados, 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 resolatividade da APS.

Segundo Calnan et al. (2006), observa-se a tendência de substituir cuidados antes oferecidos em hospitais para serviços ambulatoriais e de atenção primária com aumento da resolatividade da APS. O pressuposto é que profissionais da APS têm melhores condições de atender às demandas da população, ao mesmo tempo em que as 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 em excesso em tarefas gerenciais são alguns exemplos de estratégias para aumento de resolatividade (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 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 atenção primária e 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 têm sido desenvolvidas estratégias para articular serviços de saúde e sociais, na busca de garantir 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 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; continuidade de informação, em que há registro e uso da informação de episódios passados na atenção atual; e continuidade na gestão do cuidado de determinada condição de saúde do paciente (Watson et al., 2004).

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

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.

Segundo Escorel et al. (2005:103), 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 de contrarreferência e a alimentação e utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica (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 da pesquisa, na maior parte dos municípios estudados, a localização da USF era conhecida por mais de 90% das famílias entrevistadas e acessível a pé. 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.

A pesquisa também 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 fora implantado de forma mais integrada à rede e não como programa paralelo.

Apenas 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 com PSF variaram de 24% a 62%, com forte procura, em alguns casos, de serviços de emergência: os postos ou centros de saúde com serviço de urgência, os hospitais e o 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, em geral, conseguem resolver seu problema de saúde quando atendidas pelo PSF; entretanto, em três cidades, de 33% a 46% dos entrevistados informaram que geralmente precisam procurar o especialista após o 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 exames solicitados e para acesso a todos os medicamentos pela ESF, evidenciando o acesso aos medicamentos como o quesito pior avaliado pelas famílias.

Quanto à presença de mecanismos de referência e de contrarreferência, verificou-se 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; as mais estruturadas eram as centrais de marcação de consultas especializadas. 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 implica, 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 da integração do sistema de saúde; um olhar nos processos de trabalho das equipes de saúde quanto ao uso destes instrumentos de integração, realização de atividades de coordenação dos cuidados e 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 e gerentes, além da 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 Unidades de Saúde da Família são definidas como serviço de primeiro contato? Como a 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 esta 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, foram investigados: as experiências de uso da Saúde da Família e de encaminhamentos, a USF como serviço de procura regular, as modalidades de agendamento/ acesso, as trajetórias de atenção e o acesso aos serviços especializados, aos exames e aos medicamentos.

Os instrumentos de coleta de informações da pesquisa incorporaram, com base na revisão de literatura, as variáveis selecionadas para as quatro dimensões definidas 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 de 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 de 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 UPAS);
- articulação com outros programas, como o de saúde mental ou o 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 os médicos de atenção primária e os 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 Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e em nível local, na UBS;
- relações com outros agentes de saúde (endemias, dengue);
- relação com programas tradicionais de saúde pública, como tuberculose e hanseníase.

## **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 (Inojosa & Junqueira, 1997; Vianna, 1998; Junqueira, 1998 e 2000).

Na saúde, a articulação intersectorial 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, as quais visam intervir positivamente sobre diversos fatores que propiciam 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 às atividades dirigidas a mudanças de comportamentos individuais e implicando a ação sinérgica de diversos setores.

A promoção da saúde destaca a intersectorialidade 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 uma concepção ampla de promoção da saúde considera-se a promoção orientadora da política nacional de saúde enquanto política social e a intersectorialidade, 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 os do meio ambiente, do trabalho,

da habitação, entre outros (Milio, 1987; OPS, 1999; Lavis & Sullivan, 2000; Restrepo, 2001).

Nos últimos anos tem-se discutido a proposta de Cidades/Municípios Saudáveis em vários países da América Latina. Este projeto procura experimentar 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. Tal perspectiva engloba a intersectorialidade, na medida em que o setor saúde deixa de ser o campo exclusivo do 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 Lalonde<sup>1</sup> e do “*Black Report*”<sup>2</sup>, 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.) capazes de influenciar a saúde das populações. O “*Black Report*” mostrou a distância existente no estado de saúde entre diferentes classes sociais/ estratos de 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 e 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 ao enfoque individual da promoção da saúde, que preconiza mudanças no estilo de vida de cada um – desconhecendo deliberadamente as condicionalidades mais gerais dos comportamentos individuais – uma interpretação social da epidemiologia desenvolvida na América Latina nas décadas de 1970 e 1980 reconheceu o processo saúde-enfermidade como parte própria e inseparável do social e evidenciou as relações entre classe social e estado de saúde. Estas relações foram analisadas por diversos autores, como Juan César Garcia, Cristina Laurell, Jaime Breilh, Cecília Donangelo e Sérgio Arouca, sob diferentes 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

---

<sup>1</sup> Produzido no Canadá em 1974.

<sup>2</sup> Produzido na Inglaterra em 1980.

posição na produção significa uma forma particular de desgaste físico e mental 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.

Outros trabalhos, em uma perspectiva estruturalista, 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, porém 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, hoje, são consensuais as relações entre renda e saúde, condições de vida e saúde.

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 seu artigo 196 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 melhor qualidade de vida.

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

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

Na perspectiva de 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 (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 emerge 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 ESFs *“promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados”* (Ministério da Saúde; 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 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, pois as equipes ocupam hierarquicamente posição inferior, atuam em nível local e dependem 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.

No estudo, os setores mais contatados pelas ESFs para a resolução dos problemas identificados nas comunidades pertenciam ao executivo municipal; entretanto, as ESFs conseguiam respostas mais positivas às suas solicitações quando os setores contatados eram organizações locais, com as quais estabeleciam relações mais horizontais (escolas,

instituições religiosas e ONGs). Assim, as ESFs cumpririam um papel de mediadoras de algumas ações intersetoriais, enquanto a efetivação da intersectorialidade dependeria da ação articuladora do governo municipal (Papoula, 2006).

Por conseguinte, para avaliar a abrangência da atuação intersectorial 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 intersectorial, é necessário examinar as iniciativas de articulação com outros setores de políticas públicas da própria Secretaria Municipal de Saúde e identificar a presença de estratégias de atuação intersectorial de parte do executivo municipal.

Com o intuito de delimitar o escopo do estudo e analisar a intersectorialidade desde a perspectiva da saúde, optou-se na presente pesquisa por examinar as iniciativas da SMS e analisar o papel nelas desempenhado pela Estratégia Saúde da Família. A atuação intersectorial 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 intersectorial 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 intersectorial da Estratégia Saúde da Família por meio de informações coletadas em entrevistas com gestores da SMS e de outros setores selecionados, por questionários de profissionais e pelo inquérito com famílias cadastradas, buscou-se responder a algumas questões, como:

- As iniciativas de atuação intersectorial 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 intersectoriais? Como estão constituídos os colegiados?
- Há corpo técnico de planejamento intersectorial ou, uma vez tomadas as decisões no colegiado, estas passam a ser planejadas setorialmente?

- Como são alocados os recursos financeiros para as ações intersetoriais? Há 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 que visam 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 em que ficam evidentes as necessidades de ações intersetoriais ou ser 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 uma modalidade de planejamento e gestão e, eventualmente, a execução de projetos e ações em que 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 a integração de um conjunto de ações e projetos orientados por parâmetros do que poderia ser denominado “desenvolvimento local integrado e sustentável”.

- Quais as parcerias estabelecidas pelas ESFs em nível local?

- Qual é o grau de participação da população na definição dos objetivos e prioridades para atuação intersetorial? Qual é o grau de controle social no acompanhamento e na avaliação dessas ações?

- Nos fóruns e colegiado: 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 (incluindo 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 intersetorialidade**

### **1. Campos de atuação**

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

### **2. Institucionalidade**

- Modalidades de articulação e parcerias com outros setores e organizações nos níveis central e local;

- Iniciativas de articulação intersetorial da SMS e das ESFs;

- Presença de fóruns e colegiados intersetoriais;

- 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, iniciativa privada etc.;

- Nível de abrangência da intervenção: municipal, setorial, local;

- Destinação de recursos a ações intersetoriais;

- 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 na 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 mediante o 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 as regularidades dos processos e as 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 em evidências, que devem ser trianguladas e convergir.

Como estratégia de pesquisa, estudos de caso 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 a 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 beneficia-se 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: selecionam uma única atividade, organização ou entidade para observação ou exemplos de organizações e permitem a observação em profundidade; no entanto, isto limitaria os tipos de conclusões e decisões que podem produzir/orientar. De natureza basicamente qualitativa, utilizam diversos métodos de coleta de dados e podem fornecer valiosas informações para avaliações de base mais quantitativa. Os autores pensam que estudos de caso constituem 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 com qualquer outra técnica de avaliação, pois seu escopo pode abranger todos os aspectos do programa a avaliar e permitir a riqueza de detalhes sobre a operação de certo programa, uma vez que o avaliador não está sujeito a nenhum tipo específico de coleta de informações.

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

Podem também contribuir para complementar a avaliação quantitativa de determinado programa específico de duas formas: para descrever contextos, processos e atividades e para identificar causas e determinantes dos resultados dos programas – porque as coisas

acontecem de determinada 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.

Embora sejam frequentemente considerados estudos exploratórios, 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 fornecer informação para desenhar um sistema de avaliação com base em pesquisa de inquérito.

Veney e Kaluzny (1991:119) alertam, contudo, 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 examinar relações de causa e efeito. Assim, estudos de caso seriam mais arte do que ciência.

Para estes autores, a abordagem de estudos de caso tem problemas que limitam seu uso: a falta de categorias claras, a percepção seletiva e a interatividade. Estes problemas, no entanto, podem ser minimizados (Veney e Kaluzny, 1991). O primeiro senão pode ser enfrentado 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 de entender e registrar as respostas e de formular as perguntas. 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). Pode-se reduzir a seletividade de percepção do avaliador por pré-teste dos roteiros de entrevistas, de modo a verificar se as perguntas são adequadas para produzir a informação desejada; e por esclarecimento das razões de determinadas perguntas (para evitar que ocasionem uma *self-fulfilling prophecy*).

Já a interatividade entre observador e observado no processo de investigação é quase inevitável. Ainda que a observação seja um meio de obter dados sobre uma atividade do programa em ambiente quase “natural”, a observação em si interfere. A presença do observador, a registrar o que ocorre, afeta e modela a realização das atividades, criando um ambiente não natural. Assim, a análise dos dados de observação deve 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, aquele 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 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, gerentes de outras secretarias relacionadas a atividades intersetoriais e 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),<sup>3</sup> 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**

<b>Critérios/ Características</b>	<b>Aracaju</b>	<b>Belo Horizonte</b>	<b>Florianópolis</b>	<b>Vitória</b>
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	28
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

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

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

Buscou-se também contemplar diferentes portes populacionais entre aqueles com mais de 100 mil habitantes, além de alguma distribuição pelas regiões do país. As cidades selecionadas foram Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória. A repetição de estudos de caso em dois municípios contemplados no estudo anterior (Aracaju e Vitória), que haviam sido relativamente bem avaliados por meio da comparação de alguns resultados entre 2002 e 2008, teve por propósito analisar a evolução consolidada ao longo do tempo da Estratégia Saúde da Família.

<sup>3</sup> 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 – a 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.

## **INSTRUMENTOS DE PESQUISA**

Os casos foram estudados levando-se em conta 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 ESF e questionários fechados, aplicados a uma amostra de famílias cadastradas e entrevistadas em seus domicílios.

### **Entrevistas semiestruturadas com o gestor e gerentes municipais**

Para conhecer a perspectivas dos gestores e analisar a integração e a intersetorialidade 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 e os responsáveis por departamentos relativos aos diversos níveis assistenciais e pelo mecanismo de integração e de atuação intersetorial.

As entrevistas feitas 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 de contrarreferência, resultados da experiência de integração, principais dificuldades e ajustes necessários à constituição de uma 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 essa equipe;
- Fatores limitantes e facilitadores para a implementação e o desempenho adequado da ESF – perspectivas e condições necessárias para a expansão da ESF, avaliação do entrevistado sobre as dificuldades atuais para a 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 foram 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 coordenação dos cuidados;
- Desenvolvimento de ações intersetoriais;

### **Questionário aplicado a famílias usuárias da Estratégia SF**

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 do crescimento e do 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 (ESF), como unidade primária de amostragem; agente comunitário de saúde (ACS) da família, como unidade secundária de amostragem; e a família cadastrada, como unidade elementar. Assim, para cada agente de saúde selecionado, foram sorteadas aleatoriamente cinco famílias do conjunto de famílias da microárea sob responsabilidade desse ACS.

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) selecionado para a amostra.

Os dados do cadastro de seleção indicavam a existência de 56 estabelecimentos do Programa de Saúde da Família (PSF) com 79 equipes existentes na data de referência em Florianópolis (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: Cadastro disponibilizado por DAB/SAS/MS, 2007.

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 foi apenas por ACS, como indicado adiante.

Uma aproximação usual para o tamanho de uma 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 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 a 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 multiplicando 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 amostra aleatória simples, para um conjunto de profissionais e famílias que constam da Tabela 2.

**Tabela 3 – Efeito do desenho para algumas variáveis de famílias e profissionais**

Variáveis	Desvio padrão da média <sup>(1)</sup>		Deff <sup>(2)</sup>
	Amostra conglomerada (AC)	Amostra aleatória simples (AAS)	
<b>Das famílias</b>			
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
<b>Dos profissionais</b>			
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

<sup>(1)</sup> Também chamado ‘erro padrão do estimador da média’.

<sup>(2)</sup> 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 ou três ACS por equipe, obtém-se um número de equipes a selecionar, como indica a Tabela 4. No caso de Florianópolis, assim como em Vitória, esse método resultou em um censo das equipes.

**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	<b>302</b>
Médicos	80	90	79	53	<b>302</b>
Enfermeiros	80	90	79	53	<b>302</b>
Auxiliares de enfermagem	80	90	79	53	<b>302</b>
Agentes comunitários de saúde (ACS) <sup>(1)</sup>	160	180	158	159	<b>657</b>
Famílias a selecionar por ACS	5	5	5	5	<b>5</b>
Famílias	800	900	790	795	<b>3.285</b>
<b>Número total questionários profissionais</b>	<b>400</b>	<b>450</b>	<b>395</b>	<b>318</b>	<b>1.563</b>
<b>Número total estimado de questionários</b>	<b>1.200</b>	<b>1.350</b>	<b>1.185</b>	<b>1.113</b>	<b>4.848</b>

<sup>(1)</sup>Dois ACS selecionados por equipe, exceto em Vitória, onde foram selecionados três.

Em Florianópolis foi realizado um censo das ESFs e de cada equipe foram pesquisados: o médico de saúde da família, o enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e dois ACSs. No caso dos auxiliares/técnicos de enfermagem e ACSs foi realizada uma seleção aleatória para determinar os entrevistados.

Assim, para Florianópolis, foi definida uma amostra de 790 famílias cadastradas e amostras de 79 médicos, 79 enfermeiros, 79 auxiliares/técnicos de enfermagem e 158 agentes comunitários de saúde das equipes de saúde da família.

### **Seleção das amostras de profissionais e famílias**

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). Em Florianópolis foi realizado um

censo das ESFs constantes no cadastro, identificando-se o seu médico e o enfermeiro. Para cada ESF foi escolhido aleatoriamente um auxiliar/técnico de enfermagem e dois ACSs.

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, tendo sido distribuídos por pesquisadores de campo supervisionados por um coordenador de trabalho de campo.

Com relação às famílias, foram consideradas apenas aquelas cadastradas no Programa Saúde da Família. O critério de inclusão para famílias foi o de moradores de áreas cobertas pelas ESFs, indicando-se o chefe do domicílio ou seu cônjuge como o informante-chave. Não há critério 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 pelo cadastro mantido no nível central da SMS, em Florianópolis.

Através do registro do número de famílias sob a responsabilidade de cada ACS, geravam-se números correspondentes a cada família dentro deste total. As famílias a serem entrevistadas foram localizadas mediante listagem em papel das famílias cadastradas em cada microárea dos ACSs selecionados, por contagem ordinal correspondente aos números sorteados nas planilhas.

As famílias foram entrevistadas por pesquisadores de campo devidamente treinados, que efetuaram a aplicação de questionário em seu domicílio.

## **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 Florianópolis principiou em maio de 2008, a partir de contato com o secretário municipal de saúde e com os responsáveis pela Estratégia Saúde da Família no município, mediante o envio de correspondência do DAB/SAS/MS e do Nupes/Ensp para apresentar o projeto de pesquisa, solicitar autorização para a realização do estudo e agendar a visita inicial ao município.

Antes do começo da investigação em Florianópolis, o projeto de pesquisa foi encaminhado à Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde da SMS de Florianópolis e recebeu autorização para sua realização com base no ofício 008/2008, de 19 de maio de 2008.

A visita inicial foi realizada por duas integrantes da equipe de coordenação da pesquisa, teve a duração de três dias (19 a 21 de maio de 2008) e foi orientada por roteiro. Principiou pela apresentação da pesquisa e suas fases de desenvolvimento à coordenação da atenção básica e ao secretário municipal de saúde, recebendo-se a confirmação da autorização para sua realização.

Durante a visita foram feitas as entrevistas com o secretário municipal de saúde e com a coordenação de atenção básica (coordenação do grupo gestor, responsável pela atenção básica), além de reunião com responsáveis pelo matriciamento em saúde mental e por atividades interinstitucionais, visitando-se quatro unidades básicas de saúde e uma unidade de saúde de referência de segundo nível (Policlínica).

No dia 19/05 entrevistou-se o secretário municipal de saúde e iniciou-se a entrevista com o coordenador de atenção básica, que foi concluída no dia 20/05 pela manhã. Durante a tarde do dia 20/05/08 houve reunião/entrevista coletiva com a coordenação de saúde mental, com um representante do Conselho dos Direitos da Criança e Adolescente e com o secretário de assistência social. Durante a entrevista, a coordenação de saúde mental descreveu o processo de “matriciamento”, estratégia por meio da qual a equipe de saúde mental, presente em cada regional e composta por psicólogo e psiquiatra, apóia as equipes de saúde da família. No dia 21/05/08 foram visitadas quatro unidades de saúde da família e uma unidade da rede de referência.

A visita às unidades básicas seguiu roteiro de observação previamente definido. Durante as visitas foram entrevistados os gerentes das unidades.

Começou-se também a preparação da realização do trabalho de campo, definindo-se o interlocutor-chave para apoio ao trabalho de campo com gerentes da SMS, com profissionais e com famílias. Foram identificados os gerentes da SMS e outras secretarias a entrevistar, agendando-se as datas para as 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, a das entrevistas com gerentes e gestores, ocorreu de 2 a 6 de junho de 2008. Duas pesquisadoras assistentes entrevistaram gerentes da SMS, gerentes de outras secretarias participantes de atividades intersetoriais e representantes de entidades de profissionais.

Em Florianópolis foram realizadas 18 entrevistas com gestores e gerentes, assim distribuídos: 11 gerentes da SMS (incluindo quatro gerentes de UBS), quatro gestores de outros setores/participantes de atividades intersetoriais e/ou interinstitucionais e três 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: gerência da regulação controle e avaliação (regulação do acesso à atenção especializada, hospitalar, exames, urgência e emergência), gerência de vigilância em saúde e gestão de recursos humanos da Saúde da Família.

Além dos gerentes da SMS foram entrevistados gestores de políticas públicas de outros setores, indicados pela SMS, das secretarias municipais de assistência social e de saúde. Em Florianópolis, considerada a abrangência da experiência docente assistencial (integração ensino-serviços), com formação em serviço de estudantes da Universidade Federal de Santa Catarina nas UBS e com médicos e enfermeiros das ESFs que atuavam como supervisores, foram também entrevistados profissionais envolvidos na coordenação da rede docente assistencial, um da UFSC e outro da SMS.

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 Florianópolis, os presidentes do Conselho Regional de Enfermagem (Coren) e do Conselho Regional de Medicina (CRM) de Santa Catarina e a secretária geral da Associação Catarinense de Medicina de Família e Comunidade.

As entrevistas com informantes-chaves foram gravadas e editadas, seu conteúdo analisado conforme as dimensões de cada eixo de análise e cotejado às experiências e percepções de profissionais e famílias cadastradas pesquisadas.

### **Trabalho de campo com profissionais de saúde das ESF**

A aplicação de questionários autopreenchidos para os integrantes das equipes de Saúde da Família teve lugar nos meses de junho e de julho de 2008.

Os questionários foram entregues aos profissionais das ESFs nas unidades de saúde por pesquisadores de campo treinados, tendo sido 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 aconteceram pela constatação de profissionais que deixaram o cargo, sendo substituídos pelo novo profissional da equipe. Em casos de equipes incompletas, médicos e enfermeiros não foram substituídos.

Ocorreram 52 perdas entre os diversos profissionais das ESFs, conforme especificado na tabela abaixo, por diversos motivos, quais sejam não existência do profissional na ESF, isto é, saíram e não foram substituídos (22), recusa em participar da pesquisa (13), licença médica (12) e férias (5). A ausência de profissional na ESF foi principalmente de ACS (13) e as recusas foram principalmente de médicos (10), mediante alegações de excesso de trabalho, críticas à extensão do questionário ou temor de exposição.

Em Florianópolis foram aplicados questionários a um total de 343 profissionais das ESFs, dos quais 61 médicos, 70 enfermeiros, 72 auxiliares/técnicos de enfermagem e 140 ACS.

**Tabela 5 – Universo, número de entrevistas na amostra (prevista e realizada) e percentual de perdas por tipo de questionário, pesquisa Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Questionários	Universo	Amostra	Realizada	Perdas	% Perdas
Famílias	86.120	790	789	1	0,1
Médicos	79	79	61	18	22,8
Enfermeiros	79	79	70	9	11,4
Auxiliares/Técnicos de Enfermagem	84	79	72	7	8,9
Agentes Comunitários de Saúde	462	158	140	18	11,4

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. De modo a garantir uniformidade na aplicação dos questionários, os pesquisadores de campo foram submetidos a rigoroso programa de treinamento, feito por coordenadora e por supervisores de campo, com a participação da coordenação geral da pesquisa.

O trabalho de campo com famílias foi realizado, em Florianópolis, nos meses de junho e de julho de 2008. A aplicação dos questionários foi supervisionada por supervisoras de campo treinadas e pela coordenadora de campo, pesquisadora da Universidade Federal de Santa Catarina.

Para facilitar o trabalho de campo com as famílias foram organizados, com os coordenadores das unidades de saúde, encontros entre os ACSs e os supervisores e, a seguir, com os entrevistadores. Foram explicitados os objetivos e o processo de campo aos ACSs e solicitada sua participação, restrita ao apoio aos entrevistadores na localização das casas das famílias sorteadas, na organização dos horários de entrevistas e na apresentação dos entrevistadores às famílias.

No trabalho de campo com as famílias houve algumas dificuldades decorrentes da existência de microáreas a descoberto, sem os ACSs correspondentes. As famílias que estariam a eles vinculadas foram selecionadas e entrevistadas e, nestes casos, escolhiam-se dois outros ACSs da equipe para orientar os entrevistadores a chegar a essas famílias. Outras dificuldades se originaram de falhas no cadastramento e na imprecisão de endereço dos domicílios; da cobertura em áreas parcialmente de veraneio; além de certo desconhecimento a respeito do PSF por parte dos chefes/responsáveis das famílias.

Entre as famílias inicialmente selecionadas para amostra ocorreram, assim, algumas substituições. Com as substituições realizadas sistematicamente, o número de famílias estimado para a amostra foi completado com 789 entrevistas de famílias.

### **Processamento dos dados e crítica**

A crítica do preenchimento foi realizada pelas supervisoras de campo. Cada supervisora revisou manualmente os questionários de sua área de responsabilidade, checando o número de questionários preenchidos, o tipo de preenchimento e as questões registradas, identificando possíveis problemas e orientando os entrevistadores.

O procedimento geral utilizado para o processamento de dados e 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; 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 correção pontual dos erros detectados.

A revisão da digitação realizou-se através de sorteio aleatório de 20 questionários de família para cada digitador e conferência com o questionário original (total de 60). Da mesma forma, sortearam-se três questionários de cada grupo profissional pesquisado (5) para cada uma das digitadoras (total 45), que foram comparados aos originais. Após o banco de dados ter sido convertido para SPSS, foram feitas tabelas de frequência de todas as variáveis (para checar valores discrepantes, dados faltantes etc) e cruzamentos de questões relacionadas (direta ou indiretamente no questionário) para verificar informações incoerentes. Em cada passo, os casos de inconsistências foram checados nos questionários e sua digitação foi corrigida.

Para orientar a tabulação dos dados foi elaborado um plano tabular que cobria 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 ESF, 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 práticas assistenciais das equipes de Saúde da Família;
- Conhecimento e acesso ao PSF pelas famílias cadastradas;
- 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 da ESF 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 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 segundo famílias cadastradas;
- Avaliação pelas famílias dos atendimentos pelas ESFs e da atuação do ACS;
- Desafios e propostas de expansão e consolidação da Estratégia Saúde da Família, indicados por gestores;



- Fatores facilitadores e limitantes da implementação e consolidação da Estratégia Saúde da Família em grande centros urbanos: conclusões da avaliação do processo de implementação da Estratégia Saúde da Família nos municípios estudados, organizadas segundo os eixos de análise integração/coordenação dos cuidados e a 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), além de ter recebido parecer favorável e autorização para sua realização da Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis por meio do ofício 008/2008 de 19 de maio de 2008.

Na realização da pesquisa foram contempladas todas as exigências da resolução 196/96 do CNS no que concerne à ética em pesquisa envolvendo seres humanos. A todos os entrevistados foi solicitada a participação voluntária na pesquisa, apresentando-se a eles o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que informa os objetivos do estudo, a não obrigatoriedade de participação no estudo e a possibilidade de retirar-se a qualquer momento.

As informações obtidas por meio da pesquisa são confidenciais, assegurando-se o sigilo na participação de profissionais de saúde e de famílias cadastradas pela Estratégia Saúde da Família. A confidencialidade dos dados é garantida por meio de codificação de questionários para entrada de dados e divulgação de resultados de forma agregada, sem possibilitar a identificação dos sujeitos da pesquisa. Aos gestores que porventura possam ser identificados, uma vez que são em número restrito, foi solicitada a autorização para a divulgação de suas opiniões.

### **III. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E SANITÁRIA DE FLORIANÓPOLIS (SC)**

#### **1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS**

Florianópolis é uma cidade de médio porte populacional e capital de Santa Catarina, embora não seja a maior cidade do estado. Sua população, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2007, é de 416.269 habitantes – inferior à de Joinville – e a densidade demográfica é de 760 hab/km<sup>2</sup>. A maioria da população (97%) reside na área urbana. Pouco mais da metade dos habitantes do município são mulheres (51,6%), 7% são menores de 5 anos e 9% têm 65 anos e mais idade (IBGE, 2000; IDB, 2006; Datasus, 2008).

A taxa de analfabetismo entre a população com mais de 15 anos de idade é de 4% e a proporção de pessoas com mais de 10 anos com apenas quatro anos de estudo é de 12%, índice bastante inferior à média da região Sul (21%), bem como à média nacional (30%) (IDB, 2006; IBGE, 2004).

O produto interno bruto (PIB) per capita do município é alto (15.776 reais), mas um percentual de 12% da população em todo o estado de Santa Catarina é considerado pobre, ou seja, dispõe de renda familiar per capita até ½ salário mínimo (IBGE, 2004; IDB, 2006).

A taxa de desemprego (percentual da população residente economicamente ativa que se encontra sem trabalho) no estado de Santa Catarina era de 4% em 2005, abaixo da média nacional, que era de quase 10% (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 Florianópolis, o IDH-M é de 0,875, classificado como alto<sup>1</sup> (PNUD, 2000).

---

<sup>1</sup> O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) varia de zero (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (desenvolvimento humano total). O IDH até 0,499 indica desenvolvimento humano baixo; os

**Tabela 1 – Indicadores demográficos e socioeconômicos, Florianópolis (SC)**

<b>Características demográficas</b>	<b>Ano</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
População total <sup>1</sup>	2007	416.269	100,0
População masculina <sup>1</sup>	2007	201.489	48,4
População feminina <sup>1</sup>	2007	214.780	51,6
Proporção de menores de 5 anos de idade na população <sup>2</sup>	2005		6,6
Proporção de idosos na população (65 e mais anos) <sup>2</sup>	2005		8,9
% População urbana <sup>3</sup>	2000		97,0
Densidade demográfica <sup>4</sup> (hab/km <sup>2</sup> )	2000		760
<b>Características socioeconômicas</b>	<b>Ano</b>	<b>valor</b>	
Taxa de analfabetismo (% na população de 15 e mais anos de idade) <sup>2</sup>	2000		3,6
% População com menos de quatro anos de estudo (10 e mais anos de idade) <sup>3</sup>	2000		12,5
PIB per capita <sup>5</sup>	2004		R\$15.776
Proporção de pessoas com renda familiar per capita até ½ salário mínimo no estado de Santa Catarina <sup>2</sup>	2005		12,0
Taxa de desemprego no estado de Santa Catarina <sup>2</sup>	2005		4,5
IDH-M <sup>4</sup>	2000		0,875

Fontes: <sup>1</sup> Datasus, Informações de Saúde, demográficas e socioeconômicas, 2008.

<sup>2</sup> IDB, 2006.

<sup>3</sup> IBGE – Censo Demográfico, 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.

<sup>4</sup> Atlas do Desenvolvimento Humano, 2000

<sup>5</sup> IBGE - Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Contas Nacionais. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.

Em Florianópolis, a maioria das famílias residentes em domicílios particulares é composta por dois a quatro integrantes (72%). Domicílios com apenas um componente representam cerca de 12% da população do município; 11% são famílias compostas por cinco integrantes.

O cenário se modifica um pouco quando a análise parte do número de residentes em domicílios particulares. Mais da metade das pessoas reside em domicílios particulares com três a quatro pessoas por residência (52%); 17% das pessoas vivem em domicílios

---

índices entre 0,500 e 0,799 são considerados de médio desenvolvimento humano; IDH maior que 0,800 é considerado desenvolvimento humano alto.

compostos por cinco pessoas, 16%, por duas pessoas, 11% por seis ou mais pessoas e apenas 4% dos residentes vivem sozinhos (IBGE, 2000).

**Tabela 2 – Famílias e pessoas residentes em domicílios particulares por número de componentes das famílias, Florianópolis (SC) e Brasil, 2000**

Número de componentes das famílias	Florianópolis		Florianópolis		Brasil	
	Famílias residentes		Pessoas residentes		Pessoas residentes	
	n	%	n	%	n	%
1 pessoa	13.340	12,3	13.340	3,9	4.021.987	2,4
2 pessoas	26.626	24,5	53.251	15,7	20.744.314	12,2
3 pessoas	27.121	25,0	81.362	23,9	35.096.322	20,7
4 pessoas	23.952	22,1	95.808	28,2	43.923.934	25,9
5 pessoas	11.454	10,6	57.272	16,9	30.860.013	18,2
6 pessoas	4.183	3,9	25.098	7,4	16.124.619	9,5
7 e mais pessoas	1.781	1,6	13.519	4,0	18.511.372	10,9
<b>Total</b>	<b>108.456</b>	<b>100,0</b>	<b>339.65</b>	<b>100,0</b>	<b>169.282.561</b>	<b>100,0</b>

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2000.

Entre as famílias residentes em domicílios particulares, segundo os tipos de composição familiar, predominam os casais com filhos (47%); seguem-se os casais sem filhos (14%), as pessoas que moram sozinhas (13%) e, logo depois, as mulheres responsáveis pela família com filhos e sem cônjuge (12%) (IBGE, 2000).

**Tabela 3 – Famílias residentes em domicílios particulares por tipo de composição familiar, Florianópolis (SC) e Brasil, 2000**

Tipo de composição familiar	Florianópolis		Brasil	
	Famílias em domicílios particulares		Famílias em domicílios particulares	
	n	%	n	%
Casal com filhos	50.797	46,8	23.915.114	49,5
Casal sem filhos	14.938	13,8	5.783.249	12,0
Pessoa sozinha	14.552	13,4	4.126.487	8,5
Mulher responsável pela família, sem cônjuge, com filhos	13.074	12,1	6.047.642	12,5
Casal com filhos e com parentes	4.669	4,3	2.971.770	6,2
Mulher responsável pela família sem cônjuge com filhos e com parentes	2.696	2,5	1.542.016	3,2
Homem responsável pela família, sem cônjuge, com filhos	1.317	1,2	762.871	1,6
Casal sem filhos e com parentes	1.318	1,2	881.206	1,8
Duas ou mais pessoas sem parentesco	644	0,6	142.627	0,3
Homem responsável pela família, sem cônjuge, com filhos e com parentes	240	0,2	187.324	0,4
Outro	4.212	3,9	1.902.478	3,9
<b>Total</b>	<b>108.456</b>	<b>100,0</b>	<b>48.262.786</b>	<b>100,0</b>

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, ao mesmo tempo, condições de inclusão e 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: “*A região Sul comporta 15% da população nacional e ¼ dos municípios, sendo que sua participação entre os municípios excluídos é de apenas 1,6% no total dos municípios, com apenas 36 municípios em situação de maior exclusão.*” (Pochmann e Amorim 2003: 38).

Pelo Índice de Exclusão Social, construído por Pochmann e Amorim (2003), 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).

Três componentes constituem o Índice de Exclusão Social: *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; *iii) Índice de Vulnerabilidade Juvenil*, que leva em consideração o risco de a população mais jovem se envolver em ações criminosas.

O Índice de Exclusão Social varia de 0 a 1, marcando 1 como a melhor situação social, ou seja, a inclusão. Florianópolis apresenta Índice de Exclusão Social igual a 0,815, o que lhe garante a terceira posição na classificação nacional de melhor situação social entre os municípios brasileiros. O ponto de maior fragilidade no município é o emprego formal (0,578), que pertence ao componente do padrão de vida digno (Pochmann e Amorim, 2003).

**Tabela 4 – Índice de exclusão social (IES), Florianópolis (SC), 2000**

Posição e componentes	valor
Padrão de vida digno	
Pobreza	0,870
Emprego formal	0,578
Desigualdade	0,748
Conhecimento	
Alfabetização	0,932
Escolaridade	0,961
Risco Juvenil	
Juventude	0,799
Violência	0,962
Índice de Exclusão Social	0,815
Posição no “Ranking” Nacional (melhor situação social)	3°

\*Quanto maior o índice melhor a situação social.

Fonte: Pochmann M, Amorim R, (orgs), 2003.

Alguns indicadores de vulnerabilidade social podem ser construídos a partir das características dos chefes dos domicílios. A chefia feminina, indicador de vulnerabilidade à pobreza, está presente em 29% das unidades familiares de Florianópolis (IBGE, 2000).

Pouco mais de 3% dos chefes de família (homens e mulheres), em 2000, não têm instrução ou têm menos de um ano de estudo; 8% dos responsáveis pelos domicílios de Florianópolis têm apenas de um a três anos de instrução, tendo abandonado os estudos no primeiro segmento do ensino fundamental. Assim, 11% dos chefes de domicílio mostram vulnerabilidade educacional (IBGE, 2000).

A razão de dependência é construída ao se dividir o segmento etário da população definido como economicamente dependente (os menores de 15 anos e os de 65 anos e mais de idade) e o segmento etário potencialmente produtivo (15 a 64 anos de idade).

Em Florianópolis, para o ano de 2005, a razão de dependência geral foi de 44%, dos quais 31% em relação aos jovens e 13% para idosos com mais de 65 anos, índices bem menores que os do estado de Santa Catarina, onde a taxa de dependência geral, em 2005, foi de 53%, com 39% em relação aos jovens e 13% relativos aos idosos.

Em nível nacional, esta proporção no mesmo ano foi de 57%, dos quais 42% para os jovens e 14% para os idosos (IDB, 2006). Portanto, a baixa dependência geral de Florianópolis (44%) em comparação à média nacional (57%) se deve à menor dependência

de jovens no município (31%) em relação à razão de dependência para jovens brasileiros (42%) (IDB, 2006).

**Tabela 5 – Indicadores de vulnerabilidade das pessoas responsáveis pelos domicílios particulares permanentes, Florianópolis (SC) e Brasil**

Características	Florianópolis		Brasil	
	n	%	n	%
Gênero do chefe de domicílio				
Homens	73.146	70,4	33.634.466	75,1
Mulheres	30.674	29,5	11.160.635	24,9
Anos de estudo do chefe de domicílio				
Sem instrução ou menos de 1 ano	3.516	3,4	7.243.666	16,2
1 a 3 anos	8.280	8,0	8.278.963	18,5
Razão de dependência 2005				
Jovens (menores de 15 anos)		31		42,5
Idosos (65 anos e mais)		12,8		14,4

Fonte: <sup>1</sup>IBGE – Censos Demográfico (2000).

<sup>2</sup> IDB, 2006.

O Censo Demográfico de 2000 registrou que há, em 90% dos domicílios de Florianópolis, há abastecimento de água por rede geral em, pelo menos, um cômodo, ao passo que, em 99%, a coleta de lixo é realizada diretamente por serviço de limpeza, o que revela boas condições de urbanização e de saneamento no município. No entanto, apenas 48% dos domicílios no município estão ligados à rede geral de esgoto, representando instalação sanitária ainda incipiente. A situação pouco se modifica sob o ponto de vista do número de moradores (IBGE, 2000).

**Tabela 6 – Domicílios e moradores em domicílios particulares permanentes, por situação de saneamento básico, Florianópolis (SC) 2000**

Indicadores	Domicílios	Moradores
	%	%
Abastecimento de água rede geral em pelo menos um cômodo	89,7	89,2
Instalação sanitária por rede geral de esgoto ou pluvial	47,9	46,7
Destino do lixo coletado por serviço de limpeza	99,0	98,8

Fonte: Datasus, Informações de Saúde, Demográficas e Socioeconômicas, 2008.

Analisando a situação de saneamento das famílias cadastradas pelo PSF, segundo os dados do SIAB, encontramos informações similares. A maioria das famílias cadastradas pelo

PSF, em 2007, possuía acesso ao abastecimento de água por meio de ligação com a rede pública (91%), energia elétrica (99%) e coleta de lixo por serviço de limpeza (99%).

Este conjunto de condições de saneamento é imprescindível ao bem-estar sanitário dos habitantes do município e apresenta crescimento percentual ao longo dos anos. Contudo, assim como para a população em geral, somente 50% têm acesso ao esgotamento sanitário por rede geral.

Destaca-se que, em 2007, apenas 19% das famílias cadastradas no PSF moravam em construções de tijolo/adobe. Nota-se também que, entre os anos de 2004 e 2007, a proporção de famílias cadastradas pelo PSF que moravam em construções de tijolo/adobe diminuiu muito, passando de 59%, em dezembro de 2004, para 19%, em dezembro de 2007 (SIAB, 2008). Esta característica pode estar relacionada à cultura local de construção de casas de madeira.

**Tabela 7 – Características dos domicílios das famílias cadastradas pelo PSF, Florianópolis (SC) 2004-2007**

Situação	Dez 2004		Dez 2006		Dez 2007	
	n	%	n	%	n	%
Nº famílias cadastradas	23.695		36.573		88.115	
Tipo de construção tijolo / adobe	13.988	59,0	16.131	44,1	16.822	19,1
Abastecimento de água pela rede pública	20.402	86,1	32.739	89,5	80.659	91,5
Destino do lixo coletado por serviço de limpeza	23.020	97,1	35.820	97,9	86.868	98,6
Destino de fezes / urina pelo sistema de esgoto	10.744	45,3	16.945	46,3	43.715	49,6
Tratamento de água (filtrada)	5.587	23,6	9.141	25,0	26.376	29,9
Energia elétrica	23.137	97,6	36.160	99,1	87.506	99,3

Fonte: SIAB, 2008.

## 2. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

A taxa de mortalidade infantil em Florianópolis, no ano de 2004, foi de 14 mortes de menores de 1 ano por mil nascidos vivos, observando-se pequena diminuição quando comparada às de 2000 (16) e 2002 (15).

Estes índices são bem mais baixos do que a média nacional para todos os anos (2000 = 26,8 óbitos por mil nascidos vivos; 2002 = 24,3; e 2004 = 22,6), mas similares à média regional (2000 = 17 óbitos por mil nascidos vivos, 2002 = 16 e 2004 = 15) (IDB, 2006).



A proporção do total de óbitos na faixa etária de 65 e mais anos de idade aumentou entre 2000 e 2004 (53). A proporção de óbitos de crianças de um a quatro anos sofreu leve oscilação: 2000 (0,7), 2002 (0,5) e 2004 (0,6). Já a mortalidade proporcional<sup>2</sup> de menores de um ano diminuiu no mesmo período de tempo. Em 2004, 53% dos óbitos ocorreram em maiores de 65 anos; 2%, em menores de um ano; e apenas 0,6%, na faixa etária de um a quatro anos (IDB, 2006).

A esperança de vida ao nascer em Santa Catarina é, para o ano de 2005, de cerca de 75 anos, acima da média nacional (72 anos). A mulher vive mais, em todos os anos selecionados, se comparada ao homem, com diferença que chega a sete anos. Já a esperança de vida aos 60 anos em Santa Catarina, no ano de 2005, é igual à média nacional, 21 anos. Apresentou leve crescimento ao longo dos anos e diferença menor entre os sexos (quatro anos) se comparada 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 Florianópolis são as doenças do aparelho circulatório (32% em 2004); em seguida estão as neoplasias (21%), a mortalidade por causas externas (14%) e a mortalidade por doenças do aparelho respiratório (11%) (IDB, 2006).

A mortalidade proporcional por causas mal definidas e a mortalidade proporcional por óbitos sem assistência médica<sup>3</sup> são baixas; contudo, a mortalidade proporcional por causas mal definidas teve leve crescimento entre 2000 e 2004, ao passo que a mortalidade proporcional por óbitos sem assistência médica manteve-se constante (IDB, 2006).

---

<sup>2</sup> Mortalidade proporcional segundo o percentual dos óbitos informados. A mortalidade proporcional (% 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)

<sup>3</sup> Óbitos sem assistência médica são aqueles codificados como R98 na Declaração de Óbito (IDB, 2006).

**Tabela 8 – Indicadores epidemiológicos selecionados, Florianópolis (SC) e Brasil 2000-2004**

Indicadores	2000	2002	2004	Brasil 2004
Taxa de mortalidade infantil em Santa Catarina – estimativas <sup>1</sup>	15,7	15,3	13,6	22,6
Mortalidade proporcional por idade <sup>2</sup>				
Menores de 1 ano	3,3	2,9	2,1	5,3
De 1 a 4 anos	0,7	0,5	0,6	0,9
De 65 anos e +	52,9	50,9	53,1	58,6
Esperança de vida ao nascer em Santa Catarina				
Masculino	70,3	70,6	71,3	68,3
Feminino	76,8	77,1	77,9	75,9
Geral	73,5	73,7	74,5	72,0
Esperança de vida aos 60 anos em Santa Catarina				
Masculino	18,9	19,1	19,3	19,3
Feminino	22,5	22,8	23,0	22,4
Geral	20,8	21,0	21,2	20,9
Mortalidade proporcional por grupos de causas (% de óbitos definidos)				
Doenças do aparelho circulatório	31,1	30,7	32,5	31,8
Neoplasias	21,8	20,1	21,2	15,7
Causas externas	13,5	14,5	14,4	14,2
Doenças do aparelho respiratório	10,9	10,4	10,8	11,4
Doenças infecciosas e parasitárias	6,2	6,9	6,9	5,1
Afecções originadas no período perinatal	1,7	1,7	1,3	3,5
Demais causas definidas	14,8	15,7	12,8	18,3
Mortalidade proporcional por causas mal definidas (% total de óbitos)	1,0	0,9	1,3	12,4
Mortalidade proporcional por óbitos sem assistência médica	0,1	0,2	0,1	6,3

<sup>1</sup> Taxa calculada pelos Indicadores de Dados Básicos (IDB), diretamente do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), para os estados que atingiram índice final (cobertura e regularidade do SIM) igual ou superior a 80% e cobertura do SINASC igual ou superior a 90%.

<sup>2</sup> Segundo o IDB, nas tabulações por faixa etária estão suprimidos os casos com idade ignorada.

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.

A proporção de nascidos vivos de mães adolescentes (menores de 19 anos)<sup>4</sup> em Florianópolis teve pequena redução ao longo do período 2000 (19%), 2002 (17%) e 2004 (14%), mantendo-se bem abaixo da média nacional. Tal queda se deve prioritariamente à diminuição da proporção de nascidos vivos de mães com 15 a 19 anos (IDB, 2006).

A cobertura de consultas pré-natal em Florianópolis aumentou nos últimos anos. Em 2004, 64% dos nascidos vivos eram filhos de gestantes que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, cobertura mais alta do que a média para o país (58%). Cerca de 30% das mães realizaram, em 2004, de quatro a seis consultas, 6% tiveram de uma a três consultas e 1% não teve acesso a consultas de pré-natais (IDB, 2006).

Vale ressaltar que a maioria dos partos é hospitalar; contudo esta proporção vem diminuindo ao longo do tempo. Em 2000, 91% dos partos eram hospitalares. Em 2002, essa proporção diminuiu para 88% e, em 2004, ainda mais, para 81% do total de partos registrados. A proporção de partos cesáreos registrados segundo a residência da gestante<sup>5</sup> era de aproximadamente de 40% em 2000, mostrando pequena queda em 2002 (37%) e tornando a aumentar em 2004 (41%) (IDB, 2006).

**Tabela 9 – Informações sobre condições de nascimentos, Florianópolis (SC) e Brasil 2000-2004**

Características epidemiológicas	2000	2002	2004	Brasil 2004
Proporção de nascidos vivos por idade da mãe				
Menor de 14 anos	0,6	0,4	0,4	0,9
De 15 a 19 anos	18,2	16,7	14,0	21,0
Total (menor de 19 anos)	18,8	17,1	14,4	21,9
Proporção de nascidos vivos por nº consultas de pré-natal				
Nenhuma consulta	2,3	1,3	1,3	2,3
De 1 a 3 consultas	11,2	6,7	6,3	9,6
De 4 a 6 consultas	31,7	35,9	28,0	34,7
7 consultas e mais	46,0	56,0	64,4	58,3
Proporção de partos hospitalares	91,5	87,9	81,0	96,8
Proporção de partos cesáreos - por residência	40,1	37,5	41,3	42,7

Fonte: IDB, 2006.

<sup>4</sup> O IDB adotou o número de nascidos vivos como aproximação do número de partos.

Poucos indicadores de morbidade para atenção básica estão disponíveis no nível municipal. A taxa de prevalência de hanseníase em Florianópolis é baixa (0,3 pacientes em curso de tratamento por 10.000 habitantes<sup>6</sup>) se comparada à média nacional de 1,48 por 10.000 habitantes.

A proporção de internações hospitalares (SUS) por causas externas é de 8%. A taxa de prevalência de hipertensão arterial para a população de 25 anos ou mais, em ambos os sexos, é de 28%, ou seja, percentual de indivíduos que referiram ter diagnóstico clínico de hipertensão em pelo menos uma consulta, entre os que referiram ter realizado exame para medir a pressão arterial nos últimos dois anos. A prevalência de hipertensão arterial em mulheres (32%) é maior que em homens (22%) (IDB, 2006).

**Tabela 10 – Indicadores de morbidade, Florianópolis (SC) 2005**

Indicadores	%
Taxa de prevalência de hanseníase	0,3
Proporção de internações hospitalares (SUS) por causas externas	7,9
Taxa de prevalência de hipertensão arterial total (população de 25 anos ou mais)	27,7
Masculino	21,6
Feminino	32,1

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 FLORIANÓPOLIS

O total de unidades de saúde nos diversos níveis de complexidade listados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em dezembro de 2007, para o município de Florianópolis, é de 698 estabelecimentos, dos quais 304, ou 44%, são consultórios isolados. Há 196 clínicas especializadas/ambulatórios especializados, 77 serviços de apoio à diagnose e terapia e 48 centros de saúde/unidade básica de saúde. A rede hospitalar,

<sup>5</sup> Percentual calculado sobre o número de partos com informação sobre local do parto (partos considerados).

<sup>6</sup> A partir de 2004, o indicador passou a ser o número de pacientes em curso de tratamento por 10 mil habitantes, conforme recomendado pela OMS e estabelecido pela Portaria nº 31/2005, da Secretaria de Vigilância em Saúde, de 8 de julho de 2005.

incluindo os prontos-socorros, soma 33 unidades. O CNES indica também a existência de seis centrais de regulação de serviços de saúde.

**Tabela 11 – Estabelecimentos de saúde, Florianópolis (SC), dezembro 2007**

<b>Tipo de estabelecimento</b>	<b>2007</b>
Centro de saúde/unidade básica de saúde	48
Clínica especializada/ ambulatório especializado	196
Consultório isolado	304
Hospital especializado	7
Hospital geral	11
Hospital dia	9
Policlínica	24
Central de regulação de serviços de saúde	6
Pronto-socorro especializado	4
Pronto-socorro geral	2
Unidade de vigilância em saúde	3
Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia	77
Unidade móvel de nível pré-hosp-urgência/emergência	1
Unidade móvel terrestre	1
Farmácia	4
<b>Total</b>	<b>698</b>

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

### **Atenção ambulatorial do SUS**

Dos 120 estabelecimentos do SUS que prestam atendimento ambulatorial no município de Florianópolis em 2007, 48 são centros de saúde/unidades básicas de saúde, entre as quais as unidades de saúde da família estão contabilizadas, o que corresponde a 40% do total de estabelecimentos que prestam serviços ambulatoriais, e 44 são consultórios isolados.

Em 2007, do total desses estabelecimentos, 53% são públicos, a maioria dos quais municipal (83%), enquanto dos 47% conveniados ao SUS a maioria é de estabelecimentos privados com fins lucrativos (96%).

**Tabela 12 – Estabelecimentos ambulatoriais do SUS por prestador, Florianópolis (SC), 2007**

Tipo de estabelecimento	Público	Filantropico	Privado	Total
Centro de saúde/unidade básica de saúde	48	-	-	48
Consultório isolado	-	-	44	44
Clínica especializada/ ambulatório especializado	5	1	2	8
Hospital geral	6	-	1	7
Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia	1	-	6	7
Policlínica	2	-	-	2
Hospital especializado	-	1	-	1
Hospital-dia	-	-	1	1
Pronto-socorro geral	1	-	-	1
Unidade móvel terrestre	1	-	-	1
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>2</b>	<b>54</b>	<b>120</b>

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

**Tabela 13 – Rede ambulatorial do SUS por prestador e esfera administrativa, Florianópolis (SC), 2006 - 2007**

Tipo de estabelecimento	2006		2007	
	n	%	n	%
<b>Público</b>				
Federal	3	4,6	3	4,7
Estadual	9	13,8	8	12,5
Municipal	53	81,5	53	82,8
<i>Total de públicos</i>	<i>65</i>	<i>47,1</i>	<i>64</i>	<i>53,3</i>
<b>Privado</b>				
Filantropico	2	2,7	2	3,6
Lucrativo	71	97,3	54	96,4
<i>Total de privados</i>	<i>73</i>	<i>52,9</i>	<i>56</i>	<i>46,7</i>
<b>Total geral</b>	<b>138</b>	<b>100,0</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

Do total das unidades ambulatoriais em 2007, segundo a natureza, 51% são de administração direta da saúde e 43% são empresas privadas. Administração direta por outros órgãos, fundação privada e entidades beneficentes sem fins lucrativos representam, na rede, menos de 5% cada uma.

**Tabela 14 – Estabelecimentos do SUS que prestam serviços ambulatoriais por natureza, Florianópolis (SC), 2006 - 2007**

Natureza	2006		2007	
	n	%	n	%
Administração direta da saúde	62	44,9	61	50,8
Adm direta outros órgãos	2	1,4	1	0,8
Adm indireta – Autarquias	1	0,7	2	1,7
Empresa privada	68	49,3	52	43,3
Fundação Privadas	4	2,9	3	2,5
Entidades beneficentes sem fins lucrativos	1	0,7	1	0,8
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100,0</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES

No ano de 2007, as unidades ambulatoriais SUS instaladas em Florianópolis realizaram 26.305.711 procedimentos ambulatoriais, dos quais 78% foram de alta complexidade, 16% procedimentos especializados e apenas 6% de ações de atenção básica. Observou-se aumento no total da produção ambulatorial entre os anos de 2002 e 2007, especialmente devido ao incremento de ações de alta complexidade, que cresceram cinco vezes no período.

**Tabela 15 – Produção ambulatorial\* do SUS, Florianópolis (SC), 2006 - 2007**

Procedimentos	2002		2004		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Atenção básica	1.429.615	14,7	1.032.505	8,0	1.419.564	6,6	1.516.872	5,8
Especializados	4.116.961	42,4	4.326.398	33,5	4.119.126	19,2	4.173.199	15,9
Alta Complexidade	4.160.302	42,8	7.567.406	58,5	15.956.678	74,2	20.615.640	78,4
<b>Total</b>	<b>9.706.878</b>	<b>100,0</b>	<b>12.926.309</b>	<b>100,0</b>	<b>21.495.368</b>	<b>100,0</b>	<b>26.305.711</b>	<b>100,0</b>

Fonte: DATASUS – Produção ambulatorial – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

\*Quantidade aprovada

Florianópolis apresentou, em 2007, 1.516.872 procedimentos ambulatoriais de Atenção Básica. Desse total, 53% foram ações de enfermagem ou outras de nível médio e 30 % ações médicas básicas. As ações básicas em odontologia, as ações executadas por outros profissionais de nível superior e os procedimentos básicos em vigilância sanitária representam menos de 10% cada um. O total de procedimentos de atenção básica aumentou entre 2002 e 2007, observando-se importante incremento no número de ações médicas de Atenção Básica, que passaram de 274.800, em 2002, para 451.940, em 2007.

Em 2007, o município apresentou produção de 4.173.199 procedimentos ambulatoriais especializados. Deste conjunto, 55% foram de patologia clínica e outros 27% foram

procedimentos especializados realizados por profissional de nível superior (1 milhão). Observa-se diminuição no número de procedimentos de diagnose e de fisioterapia entre os anos de 2002 e 2007, porém o número de todos os procedimentos especializados se manteve estável nesse período.

A produção de alta complexidade foi de 20.615.640 procedimentos no município em 2007. Desse total, 97% corresponderam a medicamentos de alto custo. Por conta destes, o número total de procedimentos de alta complexidade passou de 4.160.302 para 20.615.640, entre os anos de 2002 e 2007, destacando-se dos outros tipos de procedimentos.

**Tabela 16 – Produção ambulatorial do SUS\*, Florianópolis (SC), 2002 - 2007**

Procedimentos	2002		2004		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Procedimentos de atenção básica</i>								
Ações Enfermagem/outros de Saúde nível médio	814.799	57,0	663.789	64,3	880.323	62,0	802.666	52,9
Ações Médicas básicas	274.800	19,2	169.447	16,4	337.451	23,7	451.940	29,8
Ações Básicas em Odontologia	295.911	20,7	164.767	16,0	123.082	8,7	124.082	8,2
Ações Executadas p/outros profissionais de nível superior	42.911	3,0	28.995	2,8	71.672	5,0	126.424	8,3
Procedimentos básicos em vigilância sanitária	1.194	0,1	5.507	0,5	7.036	0,5	11.760	0,8
<b>Total procedimentos de atenção básica</b>	<b>1.429.615</b>	<b>100,0</b>	<b>1.032.505</b>	<b>100,0</b>	<b>1.419.564</b>	<b>100,0</b>	<b>1.516.872</b>	<b>100,0</b>
<i>Procedimentos especializados</i>								
Proced.espec.profis.médicos,out.nível sup. / méd	984.682	23,9	1.100.206	25,4	1.161.655	28,2	1.136.512	27,2
Cirurgias ambulatoriais especializadas	28.966	0,7	26.841	0,6	28.901	0,7	25.500	0,6
Procedimentos Traumatolo-ortopédicos	32.433	0,8	19.221	0,4	16.183	0,4	6.297	0,2
Ações especializadas em Odontologia	72.654	6,3	55.770	1,3	65.849	1,6	51.292	1,2
Patologia Clínica	2.082.789	50,6	2.208.461	51,0	2.033.701	49,4	2.309.500	55,3
Anatomopatologia e Citopatologia	247.975	6,0	195.840	4,5	152.072	3,7	141.351	3,4
Radiodiagnóstico	260.518	6,3	258.785	6,0	257.400	6,2	201.895	4,8
Exames Ultrassonográficos	37.187	0,9	33.795	0,8	30.230	0,7	24.171	0,6
Diagnose	109.659	2,7	120.764	2,8	143.357	3,5	95.548	2,3
Fisioterapia (por sessão)	119.023	2,9	134.434	3,1	79.191	1,9	49.045	1,2
Terapias Especializadas (por terapia)	21.166	0,5	35.470	0,8	13.626	0,3	12.545	0,3
Próteses e Órteses	119.907	2,9	136.811	3,2	136.961	3,3	119.543	2,9
Anestesia	2	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Total procedimentos especializados</b>	<b>4.116.961</b>	<b>100,0</b>	<b>4.326.398</b>	<b>100,0</b>	<b>4.119.126</b>	<b>100,0</b>	<b>4.173.199</b>	<b>100,0</b>
<i>Procedimentos Alta Complexidade</i>								
Hemodinâmica	776	0,0	683	0,0	263	0,0	595	0,0
Terapia Renal Substitutiva	27.489	0,7	27.387	0,4	29.808	0,2	28.779	0,1
Radioterapia (por especificação)	103.812	2,5	111.082	1,5	79.006	0,5	60.154	0,3
Quimioterapia - custo mensal	20.122	0,5	22.053	0,3	34.791	0,2	37.636	0,2
Busca de órgão para transplante	6.899	0,2	6.583	0,1	11.129	0,1	12.066	0,1
Ressonância Magnética	5.920	0,1	4.101	0,0	2.105	0,0	1.748	0,0
Medicina Nuclear	1.832	0,0	1.842	0,0	1.121	0,0	569	0,0



Radiologia Intervencionista	567	0,0	504	0,0	905	0,0	914	0,0
Tomografia Computadorizada	7.832	0,2	3.949	0,0	2.743	0,0	2.515	0,0
Medicamentos	3.587.362	86,2	6.936.733	91,7	15.303.671	95,9	19.946.920	96,8
Hemoterapia	391.042	9,4	434.806	5,7	475.080	3,0	500.546	2,4
Acompanhamento de Pacientes	6.649	0,2	16.958	0,2	9.720	0,0	16.108	0,1
Atenção à Saúde	0	0,0	725	0,0	6.336	0,0	7.090	0,0
<b>Total procedimentos alta complexidade</b>	<b>4.160.302</b>	<b>100,0</b>	<b>7.567.406</b>	<b>100,0</b>	<b>15.956.678</b>	<b>100,0</b>	<b>20.615.640</b>	<b>100,0</b>
<b>Total</b>	<b>9.706.878</b>		<b>12.926.309</b>		<b>21.495.368</b>		<b>26.305.711</b>	

\*Quantidade aprovada.

Fonte: DATASUS – Produção ambulatorial - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Somaram um milhão os procedimentos de atenção básica realizados pelo PACS e pelo PSF em 2007, apresentando elevação entre 2002 e 2006. As atividades executadas por ACS representaram a maioria do total de procedimentos do PACS/PSF, cerca de 61%, e a consulta médica do PSF representou 30% dos procedimentos.

Destaca-se a importante flutuação dos atendimentos domiciliares feitos por enfermeiros. Já os atendimentos de enfermeiros na unidade passaram de 11.871, em 2004, para 98.915, em 2007. A participação dos procedimentos do PSF 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 2002, esta proporção foi de 28% e, em 2007, atingiu 68%.

**Tabela 17 – Produção ambulatorial de atenção básica do PACS/PSF do SUS\*, Florianópolis (SC), 2002 - 2007**

Procedimentos de atenção básica – PACS/PSF	2002		2004		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Atividade executada por agente comunitário de saúde – PACS	329.341	81,8	523.005	80,6	723.813	71,0	632.716	61,1
Consulta médica do PSF	56.235	14,0	110.349	17,0	229.732	22,5	299.189	28,9
Ativ. educ. c/grupos na comunidade (PACS/PSF)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0
Cons./atend. enfermeiro na unidade (PACS/PSF)	11.950	3,0	11.871	1,8	62.326	6,1	98.915	9,6
Cons./atend. domiciliar enfermeiro (PACS/PSF)	4.846	1,2	3.999	0,6	3.592	0,4	4.483	0,4
<b>Total</b>	<b>402.372</b>	<b>100,0</b>	<b>649.224</b>	<b>100,0</b>	<b>1.019.463</b>	<b>100,0</b>	<b>1.035.305</b>	<b>100,0</b>

\*Quantidade aprovada.

Fonte: DATASUS – Produção ambulatorial – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Segundo o IDB, Florianópolis computou, para o ano de 2005, a média de 2,5 consultas médicas SUS por habitante/ano, 2,4 procedimentos diagnósticos por consultas médicas, 2,1

exames de patologia clínica e 0,3 exames de imagiologia por consulta médica. Estas taxas mantiveram-se relativamente estáveis entre os anos de 2002 e 2005.

O número de consultas médicas do SUS em Florianópolis é equivalente à média nacional, que era de 2,5 consultas por habitante no ano de 2005. Já o número de procedimentos diagnósticos por consulta é bem maior do que a média nacional, que era de 0,75 procedimentos por consulta no mesmo período.

**Tabela 18 – Consultas médicas e procedimentos SUS por habitante per capita, Florianópolis (SC) e Brasil, 2002 - 2005**

Indicadores	2002	2004	2005	Brasil 2005
Número de consultas médicas (SUS) por habitante	2,95	2,58	2,51	2,50
Número de procedimentos diagnósticos por consultas médicas	2,31	2,65	2,42	0,88
Número de exames de patologia clínica por consulta	2,01	2,34	2,13	0,75
Número de exames de imagiologia por consulta	0,30	0,31	0,29	0,13

Fonte: IDB, 2006.

A oferta de profissionais de saúde no Estado de Santa Catarina apresentou, segundo dados do IDB, pequenas variações no período de 2002 a 2005. A relação do número de profissionais por mil habitantes, em 2005, foi de 1,5 para profissionais médicos, 1,2 para odontólogos, 0,7 para enfermeiro, 1,6 para técnicos de enfermagem e 2,3 para auxiliares de enfermagem.

O número de profissionais em Santa Catarina é semelhante ao número médio de profissionais do país, que corresponde a 1,7 médicos, 1,2 odontólogos, 0,6 enfermeiro, 1,3 técnicos de enfermagem e 2 auxiliares de enfermagem por mil habitantes.

**Tabela 19 – Número de profissionais de saúde por mil habitantes, Santa Catarina e Brasil, 2002 - 2005**

Indicadores	2002	2004	2005	Brasil 2005
Médico	1,18	1,39	1,53	1,68
Odontólogo	0,91	0,98	1,18	1,13
Enfermeiro	0,52	0,56	0,68	0,64
Técnico de enfermagem	0,75	-	1,59	1,32
Auxiliar de enfermagem	2,24	-	2,28	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 dez unidades em Florianópolis, as quais prestam atendimento hospitalar, incluindo pronto-socorro, sendo 80% de estabelecimentos hospitalares públicos e 20% de estabelecimentos hospitalares privados. A maioria das unidades hospitalares públicas (62%) pertence à gestão estadual.

**Tabela 20 – Rede hospitalar do SUS por prestador e esfera administrativa, Florianópolis (SC), 2006 - 2007**

Tipo de estabelecimento	2006		2007	
	n	%	n	%
<i>Público</i>				
Federal	1	12,5	1	12,5
Estadual	5	62,5	5	62,5
Municipal	2	25,0	2	25,0
<b>Total de públicos</b>	<b>8</b>	<b>80,0</b>	<b>8</b>	<b>80,0</b>
<i>Privado</i>				
Filantrópico	1	50,0	1	50,0
Lucrativo	1	50,0	1	50,0
<b>Total de privados</b>	<b>2</b>	<b>20,0</b>	<b>2</b>	<b>20,0</b>
<b>Total geral</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

A rede hospitalar do SUS dispunha de um total de 1.284 leitos em dezembro de 2007, distribuídos entre 73% públicos e 27% privados. Pode-se observar que se manteve estável o número total de leitos SUS entre 2005 e 2007. Todos (100%) os leitos hospitalares públicos concentram-se nos hospitais gerais, enquanto os do setor privado estão todos concentrados nos hospitais especializados.

**Tabela 21 – Leitos vinculados ao SUS por esfera administrativa, Florianópolis (SC), 2005 – 2007**

Esfera administrativa	2005		2006		2007	
	n	%	N	%	n	%
<i>Público</i>						
Federal	270	20,9	270	20,9	257	20,0
Estadual	672	52,1	679	52,7	678	52,8
<i>Privado</i>						
	349	27,0	340	26,4	349	27,2
<b>Total</b>	<b>1.291</b>	<b>100,0</b>	<b>1.289</b>	<b>100,0</b>	<b>1.284</b>	<b>100,0</b>

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

**Tabela 22 – Leitos hospitalares SUS, por tipo de estabelecimento e prestador, Florianópolis (SC), 2007**

Tipo de estabelecimento	Público		Filantrópico		Privado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hospital especializado	-	-	225	100,0	124	100,0	349	27,2
Hospital geral	935	100,0	-	-	-	-	935	72,8
<b>Total</b>	<b>935</b>	<b>100,0</b>	<b>225</b>	<b>100,0</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>	<b>1.284</b>	<b>100,0</b>

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

Foi de 42.228 o total das internações hospitalares realizadas pelo SUS em 2005. As especialidades responsáveis pela maior quantidade de internações foram: cirúrgica (40%) e clínica médica (30%). O número de internações aumentou de 35 mil, em 2002, para 42 mil, em 2005.

**Tabela 23 – Proporção de internações hospitalares do SUS por especialidade, Florianópolis (SC), 2002 - 2005**

Especialidade	2002		2004		2005	
	n	%	n	%	n	%
Clínica médica	11.055	31,0	11.152	31,4	12.475	29,5
Cirurgia	12.660	35,5	13.680	38,5	17.053	40,3
Obstetrícia	6.936	19,5	6.397	18,0	6.511	15,4
Pediatria	4.850	13,6	4.168	11,7	6.088	14,4
Psiquiatria	2	0,0	3	0,0	-	-
Outras especialidades	153	0,4	130	0,4	101	0,2
<b>Total</b>	<b>35.656</b>	<b>100,0</b>	<b>35.530</b>	<b>100,0</b>	<b>42.228</b>	<b>100,0</b>

Fonte: IDB, 2006.

Pelos dados do IDB, a taxa de internações pelo SUS por 100 habitantes em Florianópolis apresentou leve aumento, passando de 5,2, em 2002, para 5,4, em 2005, segundo os Indicadores de Dados Básicos – IDB, 2006. Houve diminuição na taxa de leitos SUS por mil habitantes, passando de 3,3, em 2002, para 2,2, em 2005, mas está compatível com a média nacional de 2 leitos por mil habitantes.

**Tabela 24 – Indicadores da atenção hospitalar Florianópolis (SC) e Brasil, 2002 - 2005**

Indicadores	2002	2004	2005	Brasil
Internações SUS/100 hab.	5,2	5,1	5,4	6,2
Leitos SUS 1000 hab.	3,3	3,3	2,2	2,0

Fonte: IDB, 2006.

O tempo médio de permanência hospitalar segundo especialidades varia de 11 dias, para clínica médica, a três dias, para obstetrícia. Para pediatria e cirurgia, é de 7 dias. Destaca-se a diminuição no tempo de permanência em internação hospitalar em pediatria entre 8,5

dias, em 2002, para 6,9 dias, em 2007. Só há informação do tempo de permanência em internação para psiquiatria referente ao ano de 2004, bem como para cuidados prolongados (crônicos), relativa ao ano de 2002, que era de 20 dias.

**Tabela 25 – Tempo médio de permanência em internação hospitalar por especialidade, Florianópolis (SC), 2002 - 2007**

Especialidades	2002	2004	2006	2007
Psiquiatria	-	7,0	-	-
Cirurgia	6,0	6,6	5,7	7,4
Clínica médica	12,5	12,5	11,4	10,5
Pediatria	8,5	8,7	-	6,9
Obstetrícia	3,0	3,1	6,5	2,9
Cuidados prolongados (crônicos)	20,0	-	-	-

Fonte: DATASUS – Internações hospitalares.

### **Cobertura por planos de saúde**

A cobertura dos planos de saúde em Santa Catarina, no ano de 1998, era de 24%, com 1.200.025 pessoas cobertas. Em 2003, 1.547.817 pessoas tinham planos privados de saúde, o que corresponde a 27% da população total, segundo os Indicadores de Dados Básicos (IDB, 2006), que toma como fonte a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) – Saúde do IBGE.

## IV. CARACTERÍSTICAS DE VULNERABILIDADE DAS FAMÍLIAS ADSCRITAS AO PSF

Em Florianópolis foram pesquisados 2.670 integrantes de uma amostra representativa de 789 famílias, correspondente a 0,9 das famílias cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em dezembro de 2007 (86.120). Metade das informações foi obtida em entrevistas com o chefe de família (50%). O cônjuge foi o informante em 44% dos casos, enquanto outros familiares foram entrevistados em 7% das 789 moradias.

**Tabela 1 – A1 Caracterização do informante quanto à posição ocupada na família, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Informante	n	%
Chefe de família	392	49,7
Cônjuge	344	43,6
Outros	53	6,7
Total	789	100,0

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

A maior parte dos domicílios estava composta por três a cinco moradores (67%) e poucas eram as casas com apenas um morador (3%).

**Tabela 2 – A2.1 Número de famílias e moradores pesquisados, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Número de componentes da família	Famílias		Residentes	
	n	%	n	%
1 morador	72	9,1	72	2,7
2 moradores	175	22,2	350	13,1
3 - 5 moradores	476	60,3	1.788	67,0
6 - 8 moradores	60	7,6	403	15,1
9 - 10 moradores	6	0,8	57	2,1
11 ou mais moradores	0	0	0	0
Total	789	100,0	2.670	100,0

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

A pobreza<sup>1</sup> está fortemente correlacionada às características do chefe da família<sup>2</sup> e da unidade familiar: chefia feminina, jovem, preto ou pardo e com escolaridade de menos

<sup>1</sup> No texto de referência (Rocha, 1995), a pobreza é caracterizada como síndrome de carências diversas associada à insuficiência de renda, por ser esta o meio privilegiado de atendimento de necessidades nas sociedades modernas.

<sup>2</sup> Considerado como “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.

de quatro anos são mais vulneráveis à pobreza; empregados sem carteira assinada ou desempregados e razão de dependência familiar<sup>3</sup> zero são variáveis que aumentam a probabilidade de o indivíduo ser pobre no Brasil. Além dessas, Rocha (1995: 231-2) considera duas variáveis locacionais: região de residência (Nordeste é mais vulnerável) e estrato de residência (área rural é mais vulnerável).

No município de Florianópolis, as variáveis locacionais eram totalmente favoráveis, por se tratar de cidade integralmente urbana da região Sul, que apresenta o melhor desenvolvimento regional do país.

### 1. CARACTERÍSTICAS DE VULNERABILIDADE DOS CHEFES DE FAMÍLIA

Mais da metade dos entrevistados referiu a condição de chefia masculina da família (57%). No entanto, a vulnerabilidade da chefia feminina incidu em 43% das famílias pesquisadas, superior à verificada na cidade de Florianópolis (30%) e no Brasil (25%).

**Tabela 3 – A3A Sexo do Chefe da Família, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Sexo	n	%
Masculino	447	56,7
Feminino	342	43,3
Total	789	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 anos ou mais (19%), de 45 a 49 anos (12%), 40 a 44 anos (12%) e 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 5% do total de famílias pesquisadas.

**Tabela 4 – A3.1 Chefes de família segundo a faixa etária, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Faixa etária	n	%
Até 15 anos	2	0,3
16-19 anos	5	0,6
20-24 anos	32	4,1
25-29 anos	47	6,0

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.

<sup>3</sup> Razão ou taxa de dependência resulta da divisão do número de ocupados (ou que têm rendimentos) pelo 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. Esse indicador permite captar, de forma sintética, diversas características adversas associadas à pobreza.

30-34 anos	65	8,2
35-39 anos	74	9,4
40-44 anos	93	11,8
45-49 anos	96	12,2
50-54 anos	84	10,6
55-59 anos	68	8,6
60-64 anos	70	8,9
65 ou mais	152	19,3
Não respondeu	1	0,1
Total	789	100,0

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

A taxa de dependência foi calculada mediante a consideração dos dependentes, os moradores menores de 15 anos e os maiores de 65 anos, considerando-se os moradores entre 15 e 64 anos como população economicamente ativa.

Entre as famílias pesquisadas em Florianópolis verificou-se a taxa de dependência geral de 43%, similar à registrada em 2005 na cidade (44%) e menor que as taxas do estado de Santa Catarina (53%) e do Brasil (57%), porém elevada.

A dependência dos jovens com menos de 15 anos entre as famílias pesquisadas foi de 30%, taxa similar à da cidade de Florianópolis (31%) e menor que a do estado de Santa Catarina (39%) e do país (42%). Por sua vez, a taxa de dependência para idosos no grupo pesquisado foi de 13%, similar aos percentuais do município (13%), do estado (13%) e do país (14%). Em geral, a razão de dependência para os idosos revela uma situação de maior vulnerabilidade à pobreza do que a dos jovens.

A caracterização do chefe de família segundo a cor ou raça auto-referida revelou que 80% consideraram-se ou foram considerados brancos, 10% pardos e 8% negros. A referência à cor ou raça amarela foi reduzida, menos de 1%. Entre as famílias pesquisadas, 18% apresentaram vulnerabilidade à pobreza relacionada à cor ou à raça do chefe.



**Tabela 5 – A3C Chefes de família segundo cor ou raça, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Cor ou raça	n	%
Preta	62	7,9
Parda	77	9,8
Branca	634	80,4
Amarela	6	0,8
Não respondeu	10	1,3
Total	789	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. Cerca de 6% referiram não ter escolaridade (analfabetos ou com menos de um ano de instrução) e 10% tinham menos de quatro anos de estudo, totalizando 125 famílias (16% do total) com alta vulnerabilidade à pobreza. Ambas as taxas eram mais elevadas que as verificadas para os chefes de família na cidade de Florianópolis – 3%, sem instrução ou com menos de um ano de escolaridade e 8%, com escolaridade entre um e três anos.

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

Trinta e sete por cento dos chefes de família pesquisados tinham menos de oito anos de estudos (excluídos os sem escolaridade). Dezesesseis por cento tinham o ensino fundamental completo e 25% o ensino médio completo. Cerca de 15% dos chefes de família concluíram o curso universitário.

**Tabela 6 – A3E Nível de instrução dos chefes de família, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Nível de instrução	n	%
Analfabeto(a) ou menos de um ano de instrução	46	5,8
Elementar incompleto (1ª a 3ª série)	79	10,0
Elementar completo e Fundamental incompleto (4ª a 7ª série)	213	27,0
Fundamental completo e ensino médio incompleto	128	16,2
Ensino médio completo ou superior incompleto	200	25,3
Superior completo ou mais	116	14,7
Não respondeu	7	0,9
Total	789	100,0

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Dos 789 domicílios pesquisados, dez chefes de família estavam desempregados. Eram empregados do setor privado 30%, seguidos por aposentados ou pensionistas (29%) e pelos que trabalhavam por conta própria (19%). Dois por cento relataram trabalhar

como domésticos e 1% informou receber benefícios sociais. Empregadores e locadores totalizavam 3% dos chefes de família.

**Tabela 7 – A4A Principal fonte de renda dos chefes de família, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Fonte de renda principal	n	%
Empregado setor privado	233	29,6
Pensionista/ Aposentado	232	29,5
Trabalha por conta própria	150	19,1
Empregado setor público	87	11,1
Dona de casa	21	2,7
Empregador	19	2,4
Trabalhador doméstico	14	1,8
Recebe benefícios sociais	11	1,4
Desempregado	10	1,3
Locador de imóvel	5	0,6
Estudante	4	0,5
Total	786	100,0

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

A maioria (86%) dos 334 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 42% dos chefes de família) e, nesse conjunto de trabalhadores, atingia 10%, lembrando que, desse total, 19% trabalhavam por conta própria.

**Tabela 8 – A4B Chefes de família empregados do setor público, privado ou trabalhadores domésticos segundo a formalização do vínculo de trabalho, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Carteira assinada	n	%
Sim	288	86,2
Não	32	9,6
Não respondeu	14	4,2
Total	334	100,0

n = 334 chefes de família que são empregados do setor público, privado ou trabalhador doméstico

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

A renda familiar mensal de 44% das famílias pesquisadas estava na faixa entre dois e cinco 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,<sup>4</sup> as 4% das entrevistadas que apresentaram renda familiar mensal inferior a um salário

<sup>4</sup> Adota-se a classificação proposta por Figueiredo, Schiray & Lustosa (1990), que considera o grupo de “baixa renda” constituído por três classes: até um salário mínimo, inclusive, denominada “renda miserável”, entre um e dois salários mínimos, inclusive, denominada “renda muito baixa” e entre dois e

mínimo (R\$ 415,00). Pobres seriam as 155 (20%) com renda familiar mensal entre um e dois salários mínimos, ou seja, entre R\$ 416,00 e R\$ 830,00. Levando em conta apenas a variável de renda familiar mensal, a vulnerabilidade à pobreza atingia 24% das famílias pesquisadas. No outro extremo estavam situadas 74 famílias (9%) com renda familiar mensal superior a 10 salários mínimos (R\$ 4.151,00 e mais).

**Tabela 9 – A5.1 Renda familiar mensal, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Renda familiar mensal	n	%
Até R\$ 208,00 (até meio salário mínimo)	3	0,4
R\$ 209,00 – R\$ 415,00 (mais de meio a um salário mínimo)	30	3,8
R\$ 416,00 – R\$ 830,00 (mais de 1 a 2 salários mínimos)	155	19,6
R\$ 831,00 – R\$ 2.075,00 (mais de 2 a 5 salários mínimos)	344	43,6
R\$ 2.076,00 – R\$ 4.150,00 (mais de 5 a 10 salários mínimos)	169	21,4
R\$ 4.151,00 – R\$ 8.300,00 (mais de 10 a 20 salários mínimos)	54	6,8
Mais de R\$ 8.301,00 (mais de 20 salários mínimos)	20	2,5
Não respondeu	14	1,8
Total	789	100,0

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Em Florianópolis, entre as famílias pesquisadas, a vulnerabilidade à pobreza segundo as características dos chefes de família incidiu sobre 43% com chefia feminina; sobre 18% com chefes negros ou pardos; sobre 16% com chefes com vulnerabilidade educacional; e sobre 1% com chefes desempregados. Entre os chefes de família empregados dos setores público, privado e doméstico verificou-se que 10% não tinham o vínculo formal representado pela carteira de trabalho.

---

três salários mínimos, inclusive, denominada “renda baixa”. A remuneração acima de três salários mínimos é considerada como de “não pobres”.

**Tabela 10 – Quadro síntese das principais características de vulnerabilidade dos chefes de famílias, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Características	n	%
Chefia feminina	342	43,3
Idade entre 15 e 24 anos	39	5,0
Idade 65 ou mais anos	152	19,3
Negros e pardos	139	18,0
Sem escolaridade	46	5,8
Menos de 4 anos de estudo	79	10,0
Vulnerabilidade educacional	125	15,8
Aposentados, pensionistas	232	29,5
Sem carteira de trabalho assinada*	32	9,6
Renda familiar mensal até 1 salário mínimo	33	4,2

Observação: (\*) Percentual calculado sobre o total de chefes de família empregados do setor público, privado ou trabalhadores domésticos (n = 334).

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

## 2. CARACTERÍSTICAS DE VULNERABILIDADE DOS MORADORES

Entre os 2.670 moradores pesquisados, 53% eram do sexo feminino e 47% do sexo masculino, distribuição que difere discretamente da população total de Florianópolis, em que os percentuais de 2008 eram, respectivamente, 52% e 48%.

**Tabela 11 – A3A Moradores segundo o sexo, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Sexo	n	%
Masculino	1258	47,1
Feminino	1411	52,8
Não respondeu	1	0,1
Total	2670	100,0

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 para crianças até 14 anos (21%, entre as famílias pesquisadas e 22%, em Florianópolis) e o grupo com 65 anos ou mais (9%, entre as famílias pesquisadas e 7%, em Florianópolis). Nas faixas etárias entre 16 e 29 anos encontravam-se 24% dos moradores; aqueles com idade entre 30 e 49 anos apresentaram percentual similar (28%).

**Tabela 12 – A3.2 Moradores segundo faixa etária, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Idade	n	%
0-4 anos	167	6,3
5-9 anos	176	6,6
10-14 anos	216	8,1
15-19 anos	212	7,9
20-24 anos	257	9,6
25-29 anos	220	8,2
30-34 anos	168	6,3
35-39 anos	198	7,4
40-44 anos	193	7,2
45-49 anos	192	7,2
50-54 anos	165	6,2
55-59 anos	132	4,9
60-64 anos	126	4,7
65 ou mais	245	9,2
Não respondeu	3	0,1
Total	2670	100,0

n = 2.670 moradores.

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Ao redor de 29% dos moradores estudavam no momento da pesquisa, percentual menor que o total de moradores entre 6 e 24 anos (37%). Entre os maiores de 10 anos, havia 4% sem qualquer instrução ou com menos de um ano de estudo e, no polo oposto, 11% com ensino superior completo. Sete por cento tinham o ensino elementar incompleto (entre um e três anos de estudos), 28% concluíram o ensino elementar e 29%, o ensino médio.

**Tabela 13 – A3E Nível de instrução dos moradores, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Nível de Instrução	n	%
Analfabeto(a) ou menos de um ano de instrução	84	3,6
Elementar incompleto (1ª a 3ª série)	172	7,4
Elementar completo e fundamental incompleto (4ª a 7ª série)	643	27,7
Fundamental completo e ensino médio incompleto	458	19,7
Ensino médio completo ou superior incompleto	686	29,5
Superior completo ou mais	257	11,1
Não respondeu	24	1,0
Total	2324	100,0

n = moradores com 10 ou 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 (36%). Aposentadorias e pensões constituíam a segunda maior fonte de renda (24%), seguida do trabalho autônomo (por conta própria) (19%).

**Tabela 14 – A4A Principal fonte de renda dos moradores, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Fonte de renda principal	n	%
Empregado setor privado	561	36,8
Pensionista/ Aposentado	364	23,9
Trabalha por conta própria	283	18,5
Empregado setor público	185	12,1
Trabalhador doméstico	57	3,7
Empregador	38	2,5
Recebe benefícios sociais	32	2,1
Locador de imóvel	6	0,4
Total	1526	100,0

Observação: 788 moradores não informaram sua fonte de renda principal e n = 356 moradores são estudantes, donas de casa, crianças menores de 7 anos ou desempregados.

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, a maioria (85%) 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, Florianópolis (SC), 2008**

Carteira Assinada	n	%
Sim	680	84,7
Não	84	10,5
Não respondeu	39	4,8
Total	803	100,0

Observação: n = 803 moradores que são empregados dos setores público, privado ou é trabalhador doméstico.

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Quarenta e seis por cento das famílias pesquisadas têm, pelo menos, um integrante aposentado, pensionista ou que recebe outro tipo de benefício governamental. Os benefícios mais comuns eram, em ordem decrescente: aposentadoria (65%), Bolsa Família (20%), Benefício de Prestação Continuada (BPC) (3%) e auxílio-doença (2%).

**Tabela 16 – A6 Famílias com integrantes que recebem aposentadoria, pensão ou benefício do governo, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Recebem benefícios	n	%
Sim	364	46,1
Não	422	53,5
Não respondeu	3	0,4
Total	789	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, Florianópolis (SC), 2008**

Tipos de benefícios	n	%
Aposentadoria	273	65,5
Benefício de prestação continuada	16	2,9
Bolsa família	18	20,5
Auxílio-doença	30	2,0
Outro	43	15,4

n = 364 famílias com integrantes que recebem aposentadoria, pensão ou algum auxílio do governo.

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Cerca de 43% 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, Florianópolis (SC), 2008**

Plano privado ou seguro saúde	n	%
Sim	339	43,0
Não	432	54,8
Não respondeu	18	2,3
Total	789	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 Florianópolis está concentrada na baixa escolaridade (11% dos moradores acima de 10 anos têm menos de três anos de estudo) e no percentual de aposentados e pensionistas (14%) entre aqueles que auferem renda.

**Tabela 19 – Quadro síntese das principais características de vulnerabilidade dos moradores, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Características	n	%
Até 14 anos	564	21,1
Com 65 ou mais anos	248	9,3
Sem escolaridade ou com menos de um ano de instrução <sup>(1)</sup>	84	3,6
De 1 a 3 anos de estudo <sup>(1)</sup>	172	7,4
Vulnerabilidade educacional	256	11,0
Aposentados, pensionistas <sup>(2)</sup>	364	13,6
Sem carteira de trabalho assinada <sup>(3)</sup>	84	10,5

Observação:

<sup>(1)</sup> Percentual calculado sobre o total de moradores com 10 e mais anos de idade (n = 2324);

<sup>(2)</sup> Percentual calculado sobre o total de moradores que trabalham ou têm rendimentos (n = 1526);

<sup>(3)</sup> Percentual calculado sobre o total de empregados nos setores público, privado e doméstico (n = 803).

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

### 3. CARACTERÍSTICAS DE VULNERABILIDADE DOS DOMICÍLIOS

A infraestrutura habitacional é importante elemento na caracterização das condições de vida e 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 delimitam um ambiente mais ou menos saudável em que vivem as pessoas.

Do conjunto de 789 residências pesquisadas em Florianópolis, a maioria (81%) era de alvenaria. Apenas 3% das residências eram de material aproveitado.

**Tabela 20 – B1 Domicílios cadastrados segundo tipo de construção predominante, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Tipo de construção	n	%
Alvenaria	640	81,1
Madeira Aparelhada	106	13,4
Material reaproveitado	22	2,8
Taipa	6	,8
Outro	9	1,1
Não respondeu	6	,8
Total	789	100,0

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Cerca da metade das casas (49%) tinha de cinco a seis cômodos e 14% possuíam sete, totalizando 63% dos domicílios pesquisados. Apenas 2% das casas estavam constituídas por um (0,4%) ou dois (1,3%) cômodos. No extremo oposto, também cerca de 6% das



residências tinham 11 e mais cômodos. Ao redor de 18% tinham entre oito e dez cômodos.

**Tabela 21 – B2.1 Domicílios cadastrados segundo número de cômodos, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Número de cômodos	n	%
1 cômodo	3	0,4
2 cômodos	10	1,3
3 cômodos	36	4,6
4 cômodos	89	11,3
5 cômodos	211	26,7
6 cômodos	178	22,6
7 cômodos	114	14,4
8 cômodos	58	7,4
9 cômodos	27	3,4
10 cômodos	18	2,3
11 e mais cômodos	44	5,6
Não respondeu	1	0,1
Total	789	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 (80%), um ou dois banheiros internos (91%) e uma cozinha (97%).

**Tabela 22 – B3A Quantidade de cômodos que estão servindo de dormitório, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Número de cômodos	n	%
1 cômodo	87	11,0
2 cômodos	320	40,6
3 cômodos	313	39,7
4 cômodos	53	6,7
5 cômodos	8	1,0
6 cômodos	5	0,6
7 cômodos	2	0,3
Não respondeu	1	0,1
Total	789	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, Florianópolis (SC), 2008**

Número de cômodos	n	%
Nenhum cômodo	7	0,9
1 cômodo	561	71,1
2 cômodos	154	19,5
3 cômodos	52	6,6
4 cômodos	11	1,4
5 cômodos	1	0,1
6 cômodos	1	0,1
7 cômodos	1	0,1
Não respondeu	1	0,1
Total	789	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, Florianópolis (SC), 2008**

Número de cômodos	n	%
Nenhum cômodo	3	0,4
1 cômodo	764	96,8
2 cômodos	18	2,3
3 cômodos	1	0,1
Não respondeu	3	0,4
Total	789	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 (94%) e o abastecimento de energia elétrica cobria a totalidade das residências.

**Tabela 25 – B4 Domicílios segundo ligação à rede geral de abastecimento de água, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Rede geral de água	n	%
Sim	739	93,7
Não	47	6,0
Não respondeu	3	0,4
Total	789	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, Florianópolis (SC), 2008**

Energia elétrica	n	%
Sim	785	99,5
Não	1	0,1
Não respondeu	3	0,4
Total	789	100,0

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

A situação de esgotamento sanitário era satisfatória para pouco mais da metade das residências: 54% tinham ligação à rede geral de esgoto. Das 360 casas (46% do total pesquisado) sem ligação com a rede geral de esgoto, 331 (91%) utilizavam fossa, mas 19 (5%) lançavam os dejetos em vala negra.

**Tabela 27 – B6 Domicílios segundo ligação à rede geral de esgoto, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Rede geral de esgoto	n	%
Sim	427	54,1
Não	360	45,6
Não respondeu	2	0,3
Total	789	100,0

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

**Tabela 28 – B7 Domicílio segundo o tipo de esgotamento sanitário utilizado na casa, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Tipo de esgotamento sanitário	n	%
Fossa	331	91,4
Vala Negra	19	5,2
Outro	10	2,8
Não respondeu	2	0,6
Total	362	100,0

n = 360 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 97% dos domicílios pesquisados, na porta (84%) e por meio de caçamba (13%). Das 19 famílias (2%) sem serviço regular de coleta, 11 não especificaram o meio utilizado para livrar-se do lixo, três afirmaram queimá-lo e uma família o enterrava.

**Tabela 29 – B8 Domicílios segundo tipo de coleta de lixo, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Coleta de lixo	n	%
Sim, na porta	662	83,9
Sim, na caçamba	102	12,9
Não	19	2,4
Não respondeu	6	0,8
Total	789	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, Florianópolis (SC), 2008**

Destino do lixo	n	%
É queimado	3	15,8
É enterrado	1	5,2
Outro	11	57,9
Não utiliza outro meio	1	5,2
Não respondeu	6	31,6
Total	19	100,0

n = 25 domicílios sem coleta de lixo

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

A vulnerabilidade habitacional encontrada em Florianópolis foi relativamente baixa: apenas seis residências (1%) eram construídas com material inadequado, sete (1%) domicílios não tinham banheiro interno, três (0,4%) não tinham cozinha independente, 47 (6%) não tinham ligação com a rede geral de água e um domicílio não recebia fornecimento de energia elétrica. Porém, a falta de ligação com a rede geral de esgoto

sanitário englobava 360 residências (46%). Destas, 5% faziam uso de vala negra e 2% não tinham o lixo recolhido pelos serviços de limpeza pública.

**Tabela 31 – Quadro síntese das principais características de vulnerabilidade habitacional, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC) 2008**

Características	n	%
6 ou mais moradores por domicílio	460	17,2
Material de construção: taipa	6	0,8
Sem banheiro interno	7	0,9
Sem cozinha independente	3	0,4
Sem ligação com a rede geral de água	47	6,0
Sem energia elétrica	1	0,1
Sem ligação à rede geral de esgoto	360	45,6
Com vala negra*	19	5,2
Sem coleta de lixo	19	2,4

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, observa-se discreto percentual maior de moradias com ligação à rede geral de água entre os domicílios de usuários do PSF pesquisados, porém menor no que se refere à rede geral de esgoto.

A vulnerabilidade habitacional atinge baixos percentuais dos domicílios pesquisados, mas pode ser identificada entre os que dispõem apenas de vala negra para eliminação dos dejetos (2%) e usam outras formas de destino do lixo (3%) altamente agressivos ao meio ambiente, como a queima.

**Tabela 32 – Distribuição de serviços públicos de saneamento básico nos domicílios pesquisados e no total de domicílios (em %), Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Serviços públicos básicos	Domicílios pesquisados	Florianópolis
<b>Rede geral de esgoto</b>	<b>54,1</b>	<b>55,3</b>
Fossa	41,9	
Vala negra	2,4	
Outro /não respondeu	1,5	
<b>Rede geral de água</b>	<b>93,7</b>	<b>91,1</b>
<b>Coleta de lixo - direta e indireta</b>	<b>96,8</b>	<b>98,0</b>
Queimado	0,4	
Enterrado	0,1	
Outro meio/não respondeu	2,5	
Não utiliza outro meio	0,1	

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. Pesquisou-se a posse de dez tipos de equipamentos, entre os quais o automóvel.

Um primeiro agrupamento separa as famílias de Florianópolis em dois conjuntos, segundo os tipos de equipamentos: bens que a maioria das famílias possui, como televisão (99%), geladeira (99%), máquina de lavar (85%), aparelho de som (82%), telefone celular (80%); e aqueles existentes em mais da metade das residências: telefone fixo (72%), micro-ondas (67%), carro (55%), computador (51%). Apenas 10% das famílias informaram ter máquina de lavar pratos.

**Tabela 33 – B10 Domicílios segundo tipo de equipamentos domésticos existentes, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Tipos de equipamentos	Sim		Não		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%
Televisão	782	99,1	6	0,8	1	0,1
Geladeira	785	99,5	3	0,4	1	0,1
Aparelho de Som	650	82,4	136	17,2	3	0,4
Máquina de lavar roupa	674	85,4	113	14,3	2	0,3
Linha de Telefone Fixo	569	72,1	217	27,5	3	0,4
Linha de Telefone Celular	632	80,1	153	19,4	4	0,5
Computador	401	50,8	385	48,8	3	0,4
Micro-ondas	532	67,4	256	32,4	1	0,1
Máquina de lavar pratos	78	9,9	708	89,7	3	0,4
Carro	431	54,6	357	45,2	1	0,1

n = 789 famílias.

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

#### 5. CASOS DE VIOLÊNCIA E ACIDENTES NAS COMUNIDADES

Menos da metade dos entrevistados, 41%, afirmou que são comuns casos de violência ou de acidentes em suas comunidades.

**Tabela 34 – P1 Ocorrência frequente de casos de violência na comunidade segundo a percepção das famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Ocorrência frequente de violência na comunidade	n	%
Sim	320	40,6
Não	433	54,9
Não sabe	33	4,2
Não respondeu	3	0,4
Total	789	100,0

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

As 320 famílias que afirmaram ser comuns os casos de violência ou acidentes nas localidades em que residiam assinalaram como tipos mais frequentes: assassinatos (43%), roubo de residência ou estabelecimento comercial (33%), tiroteios e balas perdidas (30%), assaltos à mão armada (27%), furto ou roubo (24%), brigas em lugares públicos (22%), atropelamento e batida de carro (15%), facada (7%) e agressão física dentro de casa (6%).

**Tabela 35 – P2 Tipos de violência ou acidentes mais comuns ocorridos na comunidade segundo a percepção das famílias cadastradas, Florianópolis (SC), 2008**

Tipo de violência ou acidente	n	%
Assassinato	138	43,1
Roubo de residência ou estabelecimento comercial	106	33,1
Tiroteio, bala perdida	95	29,7
Assalto à mão armada	88	27,5
Furto / Roubo	77	24,1
Briga em lugares públicos	71	22,2
Atropelamento e batida de carro	49	15,3
Facada	22	6,9
Agressão física dentro de casa	18	5,6
Estupro	8	2,5
Queda	5	1,6
Outro	39	12,2

n = 320 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 (92%), todavia, não vivenciou situação de violência ou de acidente nos últimos 12 meses. Entre as 54 famílias (7%) que relataram ter vivido uma experiência, 38 tiveram somente um membro envolvido; em oito famílias, dois integrantes estiveram envolvidos; em quatro famílias, três integrantes estiveram envolvidos; em duas famílias, quatro integrantes; e uma família teve cinco pessoas envolvidas.

**Tabela 36 – P3 Situação de violência ou acidente sofrida pelas famílias cadastradas nos últimos 12 meses, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Situação de violência ou acidente	n	%
Sim	54	6,8
Não	728	92,3
Não respondeu	7	0,9
Total	789	100,0

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

**Tabela 37 – P4.1 Pessoas com experiência de situação de violência ou acidente nos últimos 12 meses, segundo famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Pessoas envolvidas em episódios de violência ou acidente	n	%
0 pessoa	1	1,9
1 pessoa	38	70,4
2 pessoas	8	14,8
3 pessoas	4	7,4
4 pessoas	2	3,7
5 pessoas	1	1,9
Total	54	100,0

n = 54 famílias com casos de violência / acidente.

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Em 43 dessas famílias (80%), seus membros haviam passado por um episódio, mas em sete famílias (13%) os integrantes tinham experimentado dois episódios de violência ou acidentes e, em uma família cada, os integrantes tinham três, quatro e nove episódios, totalizando 54 episódios de violência ou acidentes.

**Tabela 38 – P5.1 Episódios de violência ou acidente com as moradores nos últimos 12 meses, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Episódios de violência ou acidente	n	%
1 episódio	43	79,6
2 episódios	7	13,0
3 episódios	1	1,9
4 episódios	1	1,9
9 episódios	1	1,9
Não respondeu	1	1,9
Total	54	100,0

n = 54 famílias com casos de violência / acidente.

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Das 54 famílias que relataram a experiência de episódios de violência ou acidentes no ano anterior à realização da pesquisa, a maior parte resultou de atropelamento e batidas de carro (18%), agressões físicas dentro de casa e roubo de residência ou de

estabelecimento comercial (13% cada), briga em lugar público (11%), assalto à mão armada e furto (9% cada).

**Tabela 39 – P6A Tipos de episódios de violência ou acidentes com moradores nos últimos 12 meses, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Tipo de acidente/episódio	n	%
Atropelamento e batida de carro	10	17,9
Agressão física dentro de casa	7	12,5
Roubo de residência ou de estabelecimento comercial	7	12,5
Briga em lugar público	6	10,7
Assalto à mão armada	5	8,9
Furto	5	8,9
Tiroteio	2	3,6
Queda	2	3,6
Assassinato	1	1,8
Outro	5	8,9
Total	56	100,0

n = 56 moradores que passaram por algum acidente ou episódio de violência nos últimos 12 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 12 meses, mais da metade (62,5%) assinalou que os episódios não produziram ferimentos ou não foram graves. No entanto, cerca de um terço (27%) dessas famílias informou que os episódios resultaram em ferimentos com gravidade.

**Tabela 40 – P6B Existência de ferimento em episódio de violência ou acidente com moradores nos últimos 12 meses, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Ferimento	n	%
Sim, com gravidade	15	26,8
Sim, sem gravidade	17	30,4
Não houve	18	32,1
Não respondeu	6	10,7
Total	56	100,0

n = 56 moradores que passaram por algum acidente ou episódio de violência nos últimos 12 meses.

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Cerca de um terço (27%) procurou pronto-socorro ou emergência públicos e 7%, o ambulatório de hospital público. Em 11% dos casos, o morador não buscou atendimento em serviços de saúde. Um pequeno grupo (5%) procurou o pronto-socorro ou a emergência privados, enquanto outro grupo (4%) procurou o SAMU.



**Tabela 41 – P6C Serviço de saúde procurado em episódio de violência ou acidente com moradores nos últimos 12 meses, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

<b>Serviço de saúde</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Pronto-socorro ou emergência público	15	26,8
Ambulatório de hospital público	4	7,1
Pronto-socorro ou emergência privado	3	5,4
SAMU	2	3,6
Posto ou Centro de Saúde SUS	1	1,8
Clínica ou hospital privado	1	1,8
Consultório particular	1	1,8
Outro	10	17,9
Não procurou serviço de saúde	6	10,7
Não respondeu	13	23,2
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

n = 56 moradores que passaram por algum acidente ou episódio de violência nos últimos 12 meses.

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Em síntese, em Florianópolis, ao redor de 7% 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.

Quando ocorreram ferimentos, 30% foram sem gravidade e 27% dos episódios provocaram ferimentos graves. Um total de 27% dos envolvidos procuraram pronto-socorro ou emergência públicos, 7% o ambulatório de hospital público e 5% pronto-socorro ou emergência privados. O Posto/Unidade de Saúde da Família do SUS, como era de se prever, não foi um serviço de saúde procurado nesses casos.

**Tabela 42 – 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, Florianópolis (SC), 2008**

<b>Episódios de violência ou acidentes</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Famílias que viveram episódios de violência ou acidente*	54	6,8
Ferimento com gravidade**	14	26,8
Ferimento sem gravidade**	17	30,4
Sem ferimento**	18	32,1
<b>Serviços de saúde</b>		
Não procurou	6	10,7
Pronto-socorro ou emergência públicos	15	26,8
Ambulatório de hospital público	4	7,1
Pronto-socorro ou emergência privados	3	5,4
Consultório particular	1	1,8
Posto/Unidade de Saúde da Família SUS	0	0,0

Observações:

(\*) Percentual calculado sobre o total de 789 famílias pesquisadas;

(\*\*) Percentual calculado sobre o total de famílias que informou ter um integrante passado por episódio de violência ou acidente (n = 54).

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

## **V. CONTEXTO POLÍTICO INSTITUCIONAL DE IMPLEMENTAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS**

Este capítulo examina o contexto político e institucional de implementação e de consolidação da Estratégia Saúde da Família no município de Florianópolis, identificando motivações, etapas do processo de implementação, concepção do modelo de atenção em Saúde da Família implementado e atores envolvidos.

Desde a década de 1980, com a descentralização das políticas públicas no Brasil, cresceu a importância dos governos subnacionais, que assumiram gradualmente novas funções e atribuições, em especial na gestão dos serviços essenciais. Nesse processo, os governos locais cada vez mais são responsáveis por ações na área social, assumindo atribuições diferentes das anteriores e enfrentando permanentemente novos desafios no cumprimento de suas funções públicas.

No setor saúde, com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), os municípios seguiram diretrizes e incentivos federais e ampliaram suas ações. As políticas implementadas em nível local apresentam especificidades condicionadas por distintos contextos. No processo de execução de políticas de saúde em nível local, estruturam-se novos campos de ação com a intervenção de diversos atores, que, de certa forma, ‘adaptam’ as normas à realidade local.

Para Kingdon (1995), a maneira como se configura determinado problema na agenda decisória governamental, assim como as negociações e o grau de adesão ou consenso em torno desta decisão, influenciará as diferentes etapas do ciclo da política e, até mesmo, sua durabilidade, continuidade ou descontinuidade.

Os sistemas de serviços de saúde são estruturas e processos socialmente construídos, 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 e as heranças deixadas pelas antecessoras são enfatizadas como importante fator condicionante do desempenho das instituições na implementação de políticas públicas (Putnam, 1996; Ferrera & Rhodes, 2000).

Nesta perspectiva, a conformação dos sistemas de saúde está mediada por inúmeros fatores de ordem política, cultural e econômica. Os conflitos e articulações que configuram os diversos sistemas acontecem de maneira distinta nos diferentes momentos e lugares, sendo marcadamente constituídos a partir de um longo processo histórico.

## **1. PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO/CONSOLIDAÇÃO**

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

As primeiras iniciativas de implantação do PSF em Florianópolis ocorreram em 1996, quando foram instaladas as primeiras seis equipes de saúde da família. Entretanto, segundo as informações da SMS e do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), a implantação oficial do PSF no município ocorreu em 1998.

Conill (2002) relata que a implantação do PSF no município de Florianópolis ocorreu com relativo atraso, se comparado a municípios do mesmo porte no estado de Santa Catarina. O contexto institucional, na fase inicial de implantação da Estratégia Saúde da Família, foi marcado por incipiente capacidade gestora na saúde. O município foi habilitado em gestão parcial pela NOB/SUS/93, ficando apenas os serviços de atenção básica sob sua gerência. Essa condição de gestão não foi alterada ao longo dos anos de 1990 e permaneceu até 2007. Foi habilitado pela NOB 96 e NOAS/SUS/2002 na condição da Gestão Plena da Atenção Básica, com baixa governabilidade sobre a atenção da média e da alta complexidade, cuja responsabilidade permaneceu sob a gestão da SES.

Em 2007, a Secretaria Municipal de Saúde assumiu novos compromissos de gestão, aderindo ao Pacto pela Saúde e se tornando gradativamente responsável por garantir a atenção especializada e a gestão da média e alta complexidade no sistema local de saúde.

Na visão do SMS, até 2007 o município assumiu somente a atenção básica, sem estabelecer articulações com os serviços de média e alta complexidade, sob responsabilidade da esfera estadual. Com a adesão ao Pacto de Gestão, o município assumiu responsabilidades assistenciais mais amplas, incluindo a média complexidade e iniciando a implantação de policlínicas para referência à atenção especializada, integradas à Estratégia Saúde da Família.

Também no ano de 2007 foi editada pela SMS a Portaria/SMS/GAB/Nº283/2007, que institucionalizou a Estratégia Saúde da Família como modelo orientador das ações na atenção básica.

A edição dessa Portaria expressa o movimento dos gestores da saúde de acompanhar as diretrizes do Ministério da Saúde no âmbito da atenção básica, sendo este instrumento normativo uma adaptação das principais diretrizes nacionais para a consolidação da Estratégia Saúde da Família em nível municipal.

### **Motivações para implantação do PSF**

O secretário municipal de saúde e o coordenador da atenção básica do município relatam que a implantação da Estratégia Saúde da Família foi iniciativa do gestor municipal e de um grupo de técnicos interessados em conduzir ações para fortalecer a atenção primária.

Para o secretário, a decisão política do gestor municipal de consolidar a Estratégia Saúde da Família no município se expressa na edição da Portaria/SMS/GAB/Nº283/2007, que aprova a Política Municipal de Atenção à Saúde, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da atenção básica com base na Estratégia Saúde da Família.

O secretário municipal de saúde avalia que a opção pela Estratégia Saúde da Família como modelo orientador da organização da atenção básica no município baseia-se na compreensão de que o Estado deve se responsabilizar pela saúde dos cidadãos, sendo necessário conhecer as condições de vida e saúde da população e intervir ativamente de forma racionalizada. Entende que o sistema de saúde não pode ser passivo: *“... é preciso romper essa situação. Para rompê-la, tínhamos que responsabilizar, primeiramente, a Unidade de Saúde pelas condições de saúde da população e do ambiente onde estivesse inserida. Segundo, as pessoas que estivessem na Unidade de Saúde, partindo da Coordenação e de todos os profissionais, tinham que ter a seguinte preocupação: Onde estão meus diabéticos? Onde estão meus hipertensos? Onde estão minhas gestantes? Onde estão minhas crianças de baixo peso? Onde estão meus idosos?... E assim por diante... Era preciso ter uma estratégia de ação diferente daquela passiva e estática. Os profissionais tinham que sair do Posto de Saúde para buscar e reconhecer seu ambiente, seus agravos e sua população para ter condições de fazer um planejamento de ação, de promoção, de prevenção e de atenção à saúde. É isso que se espera dentro uma Unidade Básica de Saúde em uma Atenção Primária à Saúde”*.

### **Etapas / momentos da implementação da Estratégia Saúde da Família**

Os gestores da saúde destacam alguns pontos de inflexão ou etapas no processo de implementação da Estratégia Saúde da Família: 1996/1997 – implantação inicial do PSF em paralelo à forte expansão do PACS; a partir de 1998 – ênfase na montagem das equipes de saúde da família; 2003/2004 – junção do PACS à Estratégia Saúde da Família; 2005 – o programa alcança 50% de cobertura populacional; 2007 – edição da Portaria SMS/GAB/Nº283, que assume a Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção, definindo diretrizes assistenciais para a atenção básica e o processo de trabalho das equipes de saúde da família.

O período de 1997 a 2000 foi classificado por Conill (2002) como a fase expansionista do programa, momento em que se investiu na adequação gradativa das unidades básicas de saúde aos princípios do PSF e em que houve concomitantemente grande expansão do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de forma não articulada ao PSF.

### **Evolução das ESFs segundo o SIAB**

Pelos dados oficiais, o PSF em Florianópolis foi implantado em julho de 1998 com o credenciamento na CIB e a implantação de seis ESFs. Inicialmente, o programa cobria somente 7% da população. Nos anos seguintes, 1999 e 2000, houve expansão, elevando para 29 as equipes e cobrindo 35% da população.

Entretanto, segundo dados do Departamento de Atenção Básica/MS, em 2001, a cobertura do PSF no município caiu para 33%, apesar de ter-se elevado o número de equipes implantadas para 34. Observa-se grande oscilação e ausência de dados do número de famílias cadastradas nos anos de 2002 e 2003, sugerindo dificuldades na atualização dos cadastros e na integração com o PACS.

Nos anos seguintes, a SMS continuou ampliando o número de equipes, principalmente de 2005 a 2007, com aumento para 84 ESF.

O PSF em Florianópolis, em menos de uma década, atingiu o percentual de cobertura de 71% da população em 2007, com 86.120 famílias cadastradas. Importante ampliação de cobertura ocorreu a partir de 2005, passando de 45%, em 2004, para 71%, em 2007, alcançando atualmente cerca de 80% da população. Segundo dados do DAB, cada equipe de Saúde da Família é responsável, em média, pelo acompanhamento de 1.025 famílias.

**Tabela 1 – Implantação das ESF e cobertura do PSF no município de Florianópolis (SC), 1998 a 2007**

Informações	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nº de ESF (1)	6	23	29	34	42	43	48	66	78	84
Nº de famílias cadastradas PACS (2)	200	57.360	23.571	21.744	110.918	63.800	12.285	9.244	8.370	15.240
Nº de famílias cadastradas PSF (2)	1.344	-	26.041	24.721	-	-	23.695	37.213	36.573	86.120
Nº médio de famílias por ESF	224	-	898	727	-	-	494	564	469	1.025
% população coberta pelo PSF (1)	7,52	28,83	35,49	33,29	41,12	41,14	44,87	61,69	67,82	71,28
População Total (3)	278.574	281.930	342.315	352.398	360.603	369.101	377.552	396.778	406.566	416.269

Fonte: (1) MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB;  
 (2) DATASUS/SIAB;  
 (3) DATASUS/Informações Demográficas e Socioeconômicas.

O gráfico abaixo mostra a evolução gradativa da implantação da Saúde da Família, com períodos de expansão, o que pode ser observado nos anos 1999, 2005 e 2006. Mesmo alternando período de crescimento e de redução de equipes, o ano de 2007 finalizou com o maior número de equipes implantadas (84).

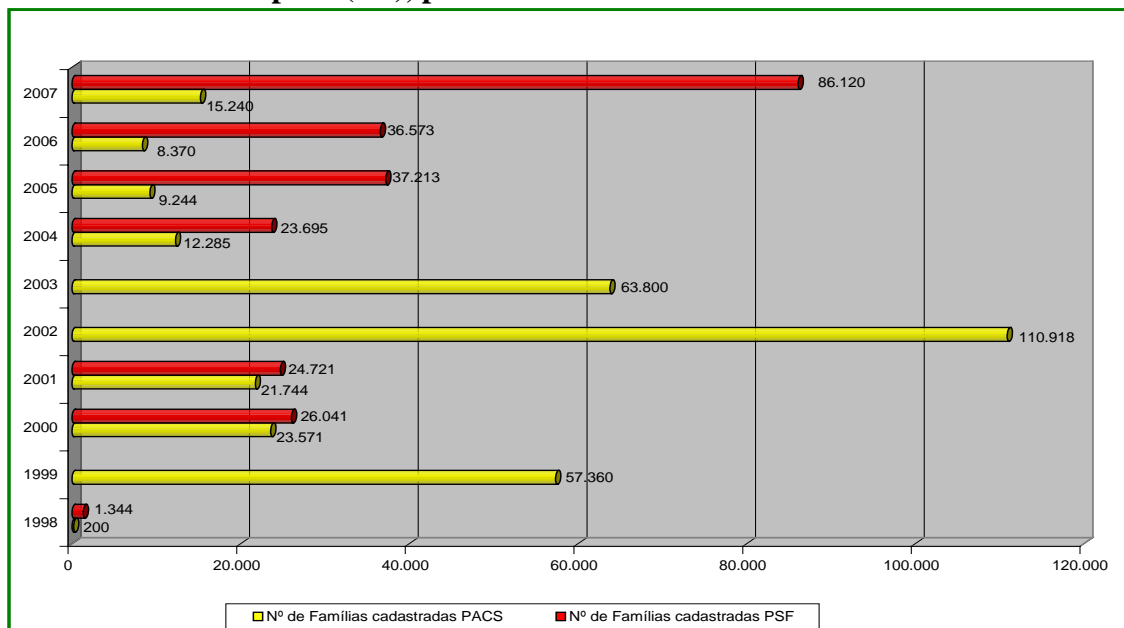
**Gráfico 1 – Evolução da implantação das Equipes de Saúde da Família em Florianópolis (SC), no período de 1998 a 2007.**



Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB

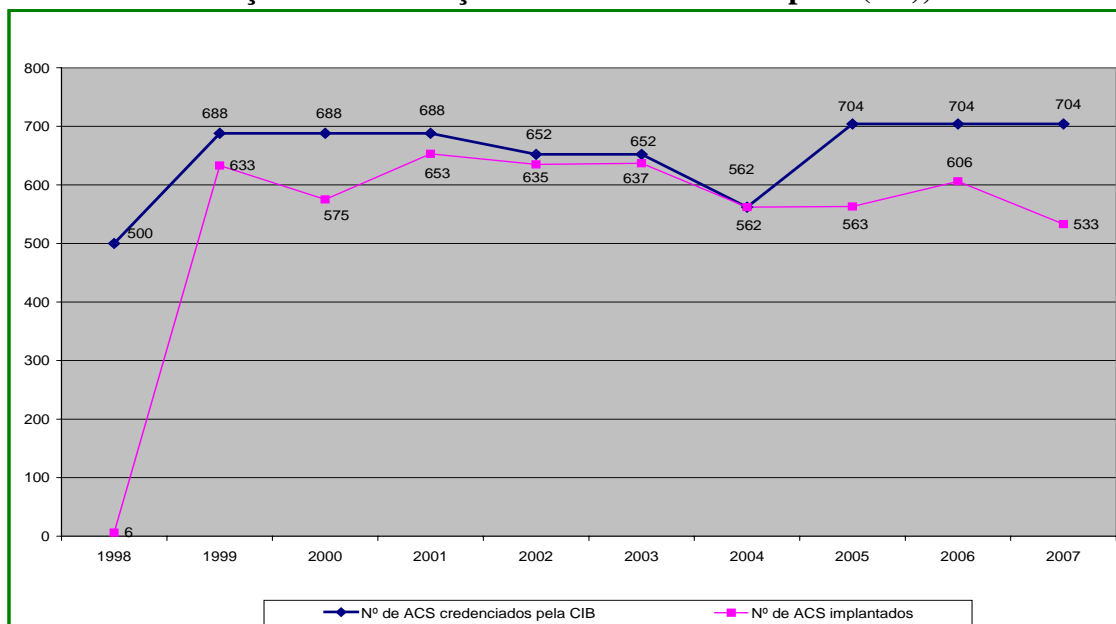
Com a implantação do PACS e, posteriormente, com o PSF, Florianópolis ampliou o cadastramento das famílias. Houve investimento no Programa Agente Comunitário de Saúde, principalmente em 2002, alcançando elevada cobertura populacional e o cadastramento de 110 mil famílias. Nos anos seguintes observa-se redução de cadastramento pelo PACS e avanço no PSF. Ainda que não tenha sido incorporado totalmente, o cadastramento pelo PACS começou a ser substituído pela Saúde da Família em 2003.

**Gráfico 2 – Evolução do número de famílias cadastradas no PACS e PSF em Florianópolis (SC), período de 1998 a 2007**



Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB

Com 500 ACSs credenciados em 1998, o município de Florianópolis (SC) já os contratara em grande número no ano de 1999: 633. Os períodos seguintes alternaram anos de expansão (2001 e 2006) e de redução de ACS (2000, 2002 e 2004). Em 2007 houve redução de 12% de agentes em relação ao ano anterior, diminuindo para 533 Agentes Comunitários de Saúde que atuam no município, aproximadamente 75% dos agentes credenciados na CIB (704).

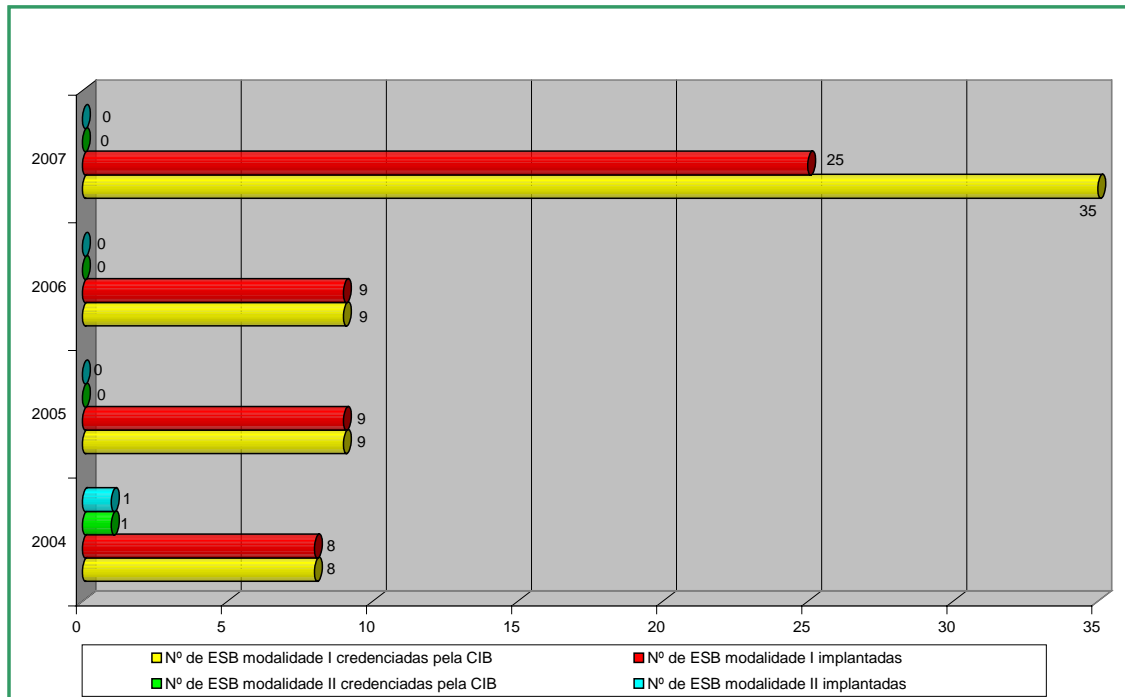
**Gráfico 3 – Evolução da contratação de ACS em Florianópolis (SC), 1998 a 2007**

Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB.

Em 2004, Florianópolis credenciou e implantou oito Equipes de Saúde Bucal (ESB) da modalidade I, mas apenas uma ESB na modalidade II. Houve expansão da ESB I entre 2005 e 2007, com a criação de 25 ESBs neste ano, o que corresponde a 71% das equipes credenciadas pela CIB (35). Os dados do DAB indicam que o município reduziu o número de equipes de saúde bucal da modalidade II, tendo priorizado as ESBs referentes à modalidade I.



**Gráfico 4 – Evolução da Implantação das Equipes de Saúde Bucal em Florianópolis (SC), 1998 a 2007**

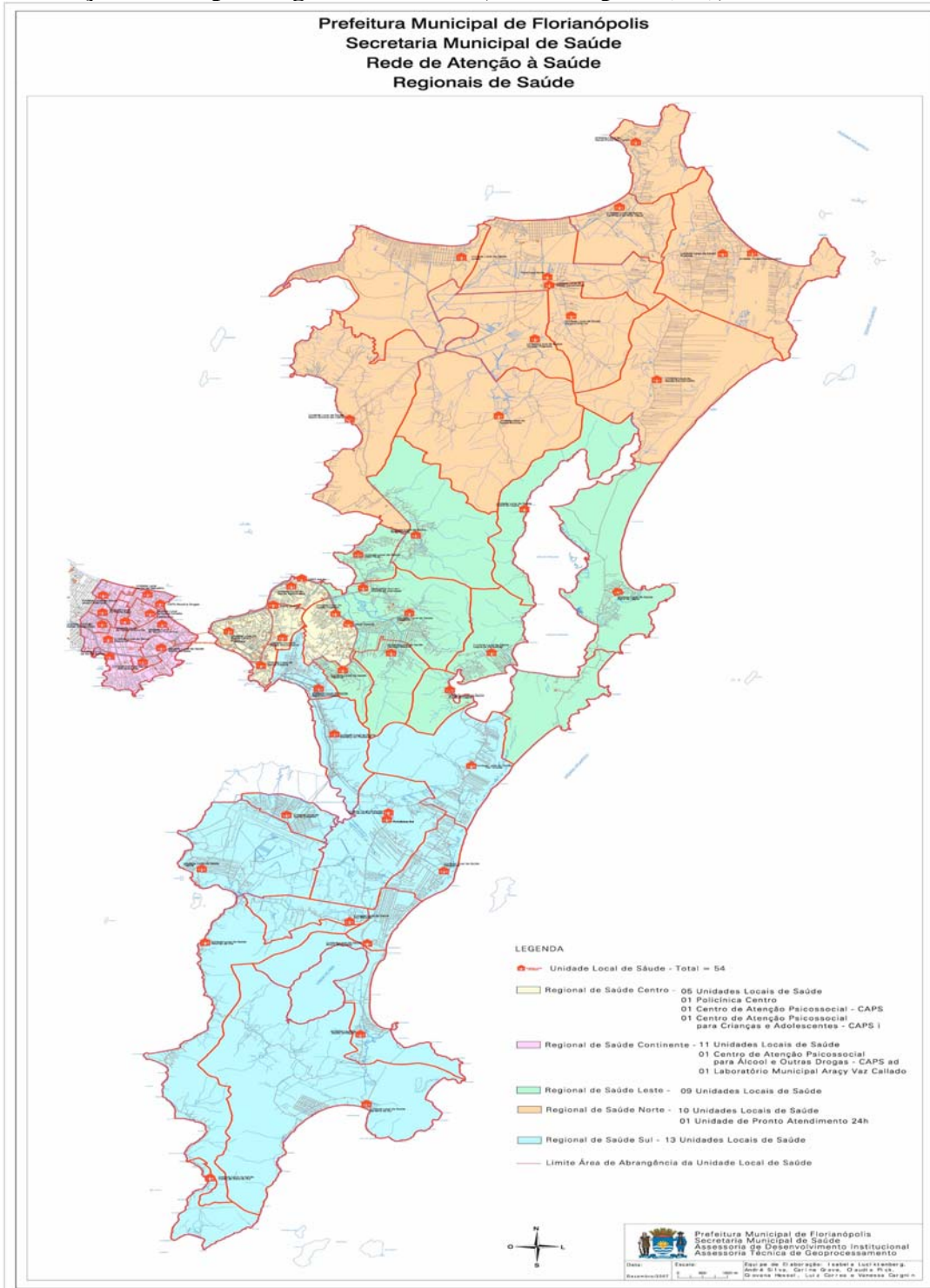


Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB.

## Unidades de Saúde da Família

O município de Florianópolis está dividido em cinco regionais de saúde, denominadas Norte, Sul, Centro, Leste e Continente. Cada região é responsável por dez a treze unidades de saúde.

### Ilustração 1 – Mapas Regionais de saúde, Florianópolis (SC), 2008



Fonte: cedido por SMS Florianópolis.

Em 2008, o município dispunha de 48 Centros de Saúde, distribuídos em 45 Unidades de Saúde da Família e três UBS com PACS. Do total de USF, dez são unidades novas construídas para implantar a Estratégia, enquanto 35 são unidades básicas tradicionais convertidas em Unidade de Saúde da Família. Três Policlínicas, três CAPS (CAPS adulto, álcool e drogas e infantil), uma Unidade de Pronto-Atendimento e três bases do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) também compunham a rede de serviços de saúde próprios municipais.

A perspectiva dos gestores municipais (secretário e da coordenação da atenção básica) é que os Centros de Saúde assumam a Estratégia Saúde da Família como modelo de organização da atenção. Pretendem expandir o número de ESF e o de Policlínicas (no total de quatro) e implantar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A maior parte das Unidades de Saúde da Família comporta de uma a duas ESFs, com o número máximo de seis ESFs em uma unidade básica de saúde (Tabela C1).

**Tabela 2 – C1 Número de equipes de saúde da família na unidade de saúde informado por gestores e profissionais de saúde, Florianópolis (SC) 2008**

Número de ESF na UBS	Gestores		Médico e Enfermeiros		Auxiliares/ técnicos de enfermagem		ACS	
	Nº de USF	%	Nº de profissionais	%	Nº de profissionais	%	Nº de profissionais	%
1 ESF	15	33,3	13	21,3	14	19,4	20	14,3
2 ESF	20	44,4	25	41,0	25	34,7	49	35,0
3 ESF	7	15,5	13	21,3	20	27,8	36	25,7
4 ESF	-	-	-	-	2	2,8	1	0,7
5 + ESF	3	6,6	9	14,8	9	12,5	25	17,8
Não respondeu	-	-	1	1,6	2	2,8	9	6,4
Total	45	100,0	61	100,0	72	100,0	140	100,0

n= 61 médicos; n= 70 enfermeiros, n= 140 ACS, n= 72 auxiliares/técnicos de enfermagem.

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

As equipes de saúde da família são compostas por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, enquanto as equipes de saúde bucal, por odontólogo e auxiliares de consultório dentário.

Na data da pesquisa estavam implantadas 87 ESFs e 33 equipes de saúde bucal. Havia três ESFs incompletas por falta de enfermeiro e 31 equipes incompletas por número insuficiente de Agentes Comunitários de Saúde (ou excesso de famílias a serem

atendidas por ACS – 79 microáreas sem ACS), devido a dificuldades de seleção e de substituição da forma de contratação. Os ACSs, por exigência legal, estavam sendo contratados diretamente pela prefeitura e não mais por entidade não governamental.

Diversas unidades básicas de saúde participam da Rede Docente-Assistencial, conformando um campo de estágio supervisionado para alunos de cursos de graduação de medicina, enfermagem, odontologia, nutrição, psicologia, farmácia, serviço social e educação física. Gestores da saúde relatam que a atuação docente-assistencial integra o modelo assistencial adotado pelo município.

A estrutura física das unidades básicas de saúde é diversificada; em geral, são unidades com diversos consultórios médicos e de odontologia, recepção, banheiro, sala de grupo e/ou reunião, farmácia, sala de imunização e sala de agendamentos no SISREG. No momento da pesquisa, 36 unidades estavam informatizadas, contando com sistema de prontuário eletrônico, acesso ao SISREG e cadastro digitalizado das famílias, tendo expectativas de expansão da informatização para todas as unidades básicas de saúde.

Nas unidades de saúde da família, além das ESFs, atuam também outros profissionais de apoio, como médicos clínicos gerais, pediatras e, em alguns centros, ginecologistas. As unidades de Saúde da Família realizam consultas individuais, médicas, odontológicas e de enfermagem, bem como alguns procedimentos, como curativos, injeções, nebulização, vacinação, verificação de PA, preventivo e glicemia, imunização, teste do pezinho, dispensação de medicamentos, visitas domiciliares e grupos. As ações programáticas por grupos populacionais também fazem parte da rotina das equipes, que dão prioridade ao atendimento a idosos, a crianças e a mulheres.

São definidas prioridades no atendimento a crianças até 6 anos, gestantes, idosos (a partir dos 60 anos) e, mais recentemente, portadores de diabetes e de hipertensão arterial. Para integrantes de grupos de risco agendam-se consultas e atende-se demanda espontânea por meio do acolhimento diariamente. Todavia, em diversas USFs, especifica-se um dia semanal apenas para agendamento de pacientes que não pertencem aos grupos prioritários.<sup>1</sup>

São realizadas atividades de grupo, como antitabagismo, hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças em risco nutricional e idosos. Alguns grupos são realizados por cada

---

<sup>1</sup> Neste dia da semana, os pacientes devem chegar cedo pela manhã e tentar agendar uma consulta.

ESF e outros agregam toda a população adscrita à UBS, independente da equipe à qual o paciente está vinculado.

Na avaliação dos profissionais das ESFs, nem sempre o espaço físico das unidades é adequado à realização do trabalho em equipe; o espaço foi considerado inadequado por 53% dos agentes comunitários de saúde e 49% dos auxiliares de enfermagem pesquisados (Tabela C22).

**Tabela 3 – 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, Florianópolis (SC), 2008**

Espaço físico adequado	ACS		Auxiliares de Enfermagem	
	n	%	n	%
Sim	53	37,9	26	36,1
Não	74	52,9	35	48,6
Não respondeu	13	9,3	11	15,3
Total	140	100,0	72	100,0

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

As opiniões dos profissionais de nível superior sobre o espaço físico das unidades de saúde foram divididas, indicando diversidade de situações. Para 65% dos médicos e enfermeiros, os espaços, inclusive consultórios, são compartilhados por mais de uma ESF. Para 57% desses profissionais, o espaço não permite o atendimento de forma confortável para usuários e profissionais. A manutenção das USFs foi o aspecto pior avaliado por médicos e enfermeiros, considerada insatisfatória por 68%.

Metade dos médicos e dos enfermeiros (51%) avalia que o espaço físico permite realizar reuniões de equipe com privacidade, enquanto 60%, que as unidades contêm a tecnologia necessária ao desenvolvimento das ações básicas de saúde, aspecto melhor avaliado.

**Tabela 4 – C19 Avaliação do espaço físico da unidade segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família Florianópolis (SC), 2008**

Espaço físico adequado	Sim		Não		Não tem opinião		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Permite o atendimento de forma confortável para os usuários e para os profissionais	55	42,0	74	56,5	1	0,8	1	0,8	131	100,0
b) Contém a tecnologia necessária ao desenvolvimento das ações básicas de saúde	79	60,3	48	36,6	1	0,8	3	2,3	131	100,0
c) Permite realizar reuniões de equipe e com privacidade	67	51,1	60	45,8	2	1,5	2	1,5	131	100,0
d) Permite promover reuniões de grupos de risco ou de orientação em educação e saúde	68	51,9	59	45,0	2	1,5	2	1,5	131	100,0
e) Tem manutenção satisfatória	35	26,7	89	67,9	3	2,3	4	3,1	131	100,0
f) Foi especialmente construído para abrigar uma equipe de saúde da família da Secretaria Municipal de Saúde	51	38,9	71	54,2	6	4,6	3	2,3	131	100,0
g) Foi restaurado satisfatoriamente para abrigar uma equipe de saúde da família	35	26,7	80	61,1	9	6,9	7	5,3	131	100,0
h) Abriga mais de uma equipe de saúde da família satisfatoriamente	55	42,0	72	55,0	2	1,5	2	1,5	131	100,0
i) Os espaços, inclusive consultórios, são compartilhados por mais de uma equipe de saúde da família	85	64,9	44	33,6	0	0,0	2	1,5	131	100,0
j) Outro	3	2,3	1	0,8	4	3,1	123	93,9	131	100,0

n = 61 médicos e n = 70 enfermeiros

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

Não há coleta de material para exames nas unidades de Saúde da Família, apenas os de escarro, teste do pezinho e colpocitológico. A maior parte dos médicos (72%) e dos enfermeiros (61%) informou que as unidades nunca realizam coleta de material para exames (Tabela D6).

**Tabela 5 – D6 Existência de coleta de material para exames de laboratório na USF informada por médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Coleta de material	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sempre	1	1,6	4	5,7	5	3,8
Na maioria das vezes	1	1,6	2	2,9	3	2,3
Poucas vezes	14	23,0	19	27,1	33	25,2
Nunca	44	72,1	43	61,4	87	66,4
Não respondeu	1	1,6	2	2,9	3	2,3
Total	61	100,0	70	100,0	131	100,0

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

O horário de funcionamento das USFs, informado pelos profissionais de nível superior, é, em sua maioria, de oito às 17 horas, com intervalo para o almoço (C2).

Por informações dos gestores sabe-se que, no município, seis unidades básicas de saúde funcionam com turno ampliado, no horário das 17:00 às 22:00, o que foi confirmado pelos profissionais: 22% dos médicos informaram funcionamento das UBSs até 22 horas (tabela C2).

**Tabela 6 – C2 Horário de funcionamento da USF informado pelos médicos e enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008**

Horário	Médico		Enfermeiro		Auxiliar/técnico enfermagem		ACS	
	n	%	n	%	n	%	n	%
7:00 - 17:00	-	-	3	4,3	-	-	6	4,3
7:00 - 19:00	4	6,6	5	7,1	2	2,8	7	5,0
07:00 - 22:00	1	1,6	1	1,4	2	2,8	-	-
08:00 - 17:00	8	13,1	6	8,6	15	20,8	21	15,0
08:00 - 18:00	1	1,6	-	-	-	-	1	0,7
08:00 - 22:00	6	9,8	3	4,3	4	5,6	7	5,0
7:00 -12:00 e 13:00 - 19:00	1	1,6	1	1,4	3	4,2	1	0,7
7:00 -12:00 e 13:00 - 18:00	1	1,6	1	1,4	-	-	1	0,7
8:00 -12:00 e 13:00 - 17:00	30	49,2	35	50,0	33	45,8	60	42,9
08:00 - 12:00 e 13:00 - 22:00	5	8,2	11	15,7	2	2,8	4	2,9
Outros	-	-	1	1,4	1	1,4	-	-
Não respondeu	4	6,6	3	4,3	10	13,9	32	22,9
Total	61	100,0	70	100,0	72	100,0	140	100,0

n= 61 médicos; n= 70 enfermeiros, n= 140 ACS, n= 72 auxiliares/técnicos de enfermagem.

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

## 2. CONCEPÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL

A gestão da atenção básica nas cinco regiões de saúde do município está organizada a partir da composição de cinco equipes regionais, que têm atribuição de gerentes de política de saúde no território de abrangência, composta por um coordenador, um supervisor e por profissionais de apoio. Estas equipes têm o gerenciamento da rede em nível regional como principal função, estando sob sua responsabilidade determinada quantidade de unidades básicas de saúde. Cada unidade básica conta com um coordenador local e, no mínimo, uma equipe de saúde da família, responsável por território definido.

O coordenador de atenção básica explica que o desafio atual na Estratégia Saúde da Família é conseguir manter o norte na prática diária, para que a atenção primária seja o centro do modelo assistencial, os serviços básicos se consolidem como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde municipal e se estabeleçam fluxos hierárquicos que perpassem os demais níveis do cuidado, desde as equipes de apoio, as policlínicas, a urgência e a emergência nas Unidades de Pronto Atendimento até a alta complexidade.

Para o secretário, a unidade básica de saúde deve ter responsabilidade sanitária com a população do seu território de abrangência.<sup>2</sup> É responsável por organizar ações de promoção, prevenção e atenção à saúde para sua população. Ele entende que a unidade de saúde precisa ser resolutiva para que o usuário possa confiar nela e se torne seu serviço de saúde de uso regular. O esforço deve ser por: *“Acreditar, confiar e fidelizar a população à sua unidade de saúde”*, enfatizou o secretário. Considera que a organização de fluxos é condição para ampliar a resolutividade da unidade básica: *“Na medida em que o fluxo da rede caminha, temos uma qualificação e uma melhora no potencial diagnóstico da atenção básica”* (SMS).

Como mencionado, a Secretaria Municipal de Saúde editou a Portaria/SS/GAB/Nº 283/2007, que normatiza a organização da atenção básica e as atribuições das equipes de saúde da família no sistema local de saúde (PMF, 2007). Ressalta-se que o discurso imprimido neste instrumento é mais avançado do que a prática evidenciada nas unidades básicas de saúde. O esforço de regulamentar as ações desenvolvidas com base na

---

<sup>2</sup> Destaca a co-responsabilização entre ESF e usuários e o domicílio como a porta de entrada e ‘santuário do cuidado’.



Estratégia Saúde da Família é um dos mecanismos adotados pelos gestores da saúde, no sentido de superar os limites impostos pela realidade.

O texto a seguir expressa as iniciativas municipais contidas na referida Portaria 283 no sentido do fortalecimento da atenção primária, tendo a Estratégia Saúde da Família como norte para a organização da atenção básica no município de acordo com os preceitos do SUS.

Para a elaboração da Portaria 238 tomou-se como base o documento da Política Nacional de Atenção Básica (MS/SAS/DAB, 2006). Segundo a Portaria, em Florianópolis a atenção básica teria como fundamentos para a sua organização: a universalização do acesso aos serviços de saúde; a integralidade das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços; o vínculo e a responsabilização pela saúde da população adscrita; a valorização dos profissionais por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; a realização de processos de avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados; e estímulos à co-responsabilidade do indivíduo e ao controle social (PMF/SMS/GS, 2007).

A atenção básica deve ser a porta de entrada preferencial do sistema de saúde e a Estratégia Saúde da Família deve ter caráter substitutivo à rede tradicional de atenção básica nos territórios onde atuam as equipes de saúde da família, configurando-se como modelo assistencial substitutivo (PMF/SMS/GS, 2007).

Por essa Portaria, as unidades básicas de saúde devem se responsabilizar integralmente pela saúde da população do território onde se inserem. A partir dos centros de saúde deveria ocorrer o acesso e o seguimento nos demais níveis de atenção, e a continuidade do acompanhamento, ao longo da vida, nos ciclos vitais das famílias e das comunidades (PMF/SMS/GS, 2007). Em todos os centros de saúde, independente de comporem ou não a Estratégia SF, os profissionais de saúde deveriam atuar em consonância com ela.

As equipes de saúde da família (ESFs) são compostas por, no mínimo, um médico (preferencialmente, com titulação em Medicina de Família e Comunidade), um enfermeiro, dois auxiliares ou técnicos de enfermagem e de cinco a 12 ACSs, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e dedicação exclusiva.

As ESFs devem cobrir, em média, 3.000 a 4.000 habitantes, seguindo o preconizado pelo Ministério da Saúde. A cobertura de habitantes por ESF considera critérios estabelecidos pela SMS do município, a partir do estudo da demanda de usuários do Centro de Saúde e da área de risco socioeconômico e epidemiológico.

As Equipes de Saúde Bucal (ESB) devem ter composição básica de um cirurgião dentista, um auxiliar de consultório dentário ou um técnico de higiene dental, com jornada de trabalho de 40 horas semanais. As ESBs devem atuar de forma integrada a uma ou duas ESFs, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território.

Nas regionais de saúde devem ser organizadas equipes de apoio às ESFs, com as quais deveriam atuar de acordo com a lógica de matriciamento, como retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico (PMF/SMS/GS, 2007).

O coordenador da atenção básica aponta que uma das características do modelo de atenção adotado no município é a formação de equipes de apoio, no mesmo sentido da proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) formulado pelo Ministério da Saúde. As equipes de apoio, segundo a Portaria, são compostas por pediatra, psicólogo, psiquiatra, psicólogo, geriatra, ginecologista e farmacêutico, cuja atuação ocorre nas regionais de saúde. No momento da pesquisa (2008), o matriciamento estava implantado somente para saúde mental e geriatria, contando com profissionais nas regionais, que eram responsáveis pelo apoio a determinado número de ESFs.

A perspectiva dos gestores da saúde é a implantação dos NASF, integrados por profissionais que já participam de equipes de supervisão. Cada NASF deverá ser composto por, no mínimo, cinco profissões, de acordo com a necessidade epidemiológica identificada na região sobre a qual terá responsabilidade sanitária. Cada NASF deverá estar vinculado a, pelo menos, oito e, no máximo, 20 ESFs.

As equipes devem conhecer o território e a sua população residente na área de abrangência, além de executar ações de vigilância em saúde, atuando no controle de doenças infecto-contagiosas, doenças crônicas não transmissíveis e aquelas relacionadas ao trabalho e ao meio ambiente.

A prática do acolhimento é concebida na Portaria 283 como ação prioritária que perpassa todas as demais ações. Teria como principal característica: “... a escuta qualificada, a valorização da relação entre pessoas e a humanização do atendimento, devendo ser a postura acolhedora adotada por toda a Equipe, durante todo o

*expediente*” (Portaria/SS/GAB/Nº 283/2007). O acolhimento deveria garantir o atendimento a casos de urgência de qualquer usuário do SUS que procurasse o Centro de Saúde.

As ESFs devem realizar o cadastramento domiciliar e consultas agendadas que priorizem crianças, gestantes e puérperas, idosos, deficientes físicos, hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, HIV/DSTs e saúde mental. Devem ainda fazer atendimento de urgência para livre demanda, visitas domiciliares, trabalho com grupos, atividades educativas e diagnóstico situacional. As ações de saúde devem ser pactuadas com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo (PMF/SMS/GS, 2007).

A concepção da Estratégia Saúde da Família implementada está bem calcada na organização da demanda com o estabelecimento de prioridades para o atendimento, que se reflete na organização do trabalho das ESFs e restringe o acesso dos cidadãos não pertencentes aos grupos prioritários às USFs.

Como mencionado na Portaria e informado por gerentes, prioridades são definidas no atendimento a crianças até 6 anos, gestantes, idosos (a partir dos 60 anos) e, mais recentemente, portadores de diabetes e de hipertensão arterial. Na prática, o atendimento da demanda espontânea nas unidades é diversificado com algumas das UBSs que contam com ESF em que há turnos ampliados e com clínicos para o pronto-atendimento da demanda espontânea de grupos não prioritários. Para os grupos de risco agendam-se consultas e atende-se demanda espontânea por meio do acolhimento diário.

Em algumas USFs, parte do agendamento de consultas dos médicos das ESFs é feito pelos ACSs, que identificam a necessidade de consulta de pacientes dos grupos prioritários (crianças até 6 anos, gestantes, idosos, portadores de diabetes e hipertensão) nas visitas domiciliares. Para priorizar as consultas, os ACSs fazem análise de risco segundo critérios com pontuação específica, como estar sem medicação ou ter procurado emergência, e a anotam semanalmente em livro dos ACSs no Centro de Saúde. Durante a semana, a gerente da unidade avalia os pedidos e as consultas são agendadas em ordem de prioridade de acordo com a pontuação de risco.

### **3. ATORES ENVOLVIDOS NA CONSOLIDAÇÃO**

Na visão do secretário municipal de saúde e da coordenação da atenção básica, o apoio do executivo municipal tem sido determinante no processo de implementação e de consolidação da Estratégia em Florianópolis. Para além do apoio do prefeito, o empenho dos profissionais que estavam na gestão, como médicos de família, enfermeiros e odontólogos com formação em saúde pública, foi igualmente decisivo para fortalecer a área da atenção básica e para a expansão da Estratégia Saúde da Família.

Não teriam ocorrido resistências por parte da população, que pode influenciar por meio da participação nos Conselhos Locais de Saúde existentes nos Centros de Saúde. Na medida em que as equipes foram sendo estabelecidas, a população foi insistentemente solicitando que mais equipes de saúde da família fossem implantadas, informou o coordenador da atenção básica. O secretário municipal de saúde afirma que a participação da população tem influenciado a organização da Estratégia.

A categoria médica não se opõe à Estratégia, na percepção do secretário municipal de saúde. Pela sua avaliação, dois fatores contribuem neste sentido: a existência do programa docente-assistencial com residências médica e multiprofissional, incrementando a formação na área de saúde da família, e o incentivo salarial para os profissionais que aderiram à Estratégia Saúde da Família.

O fato de existirem muitos médicos de família na rede municipal tem possibilitado o ambiente propício entre a categoria médica para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família. Os gestores entrevistados relatam que o Sindicato dos Médicos e o Conselho Regional de Medicina não se manifestaram oficialmente a respeito da Estratégia Saúde da Família. Em seus debates teriam questionado a diferenciação salarial entre os médicos das ESFs com especialização em Medicina de Família e Comunidade e aqueles sem esta especialização.

A categoria dos enfermeiros teria posição neutra, segundo o secretário municipal de saúde e a coordenação de atenção básica, não tendo se manifestado a favor nem contra a Estratégia. Assim como os médicos, são muitos os enfermeiros com especialização em Saúde da Família, estes formados na Residência Multiprofissional.

Para o representante do COREN, as funções desse órgão são as de fiscalizar e normatizar o exercício profissional do enfermeiro e não a de se posicionar contra ou a

favor da ESF. Contudo, o representante do COREN se posiciona contrário à atuação das equipes de saúde da família dentro das unidades de saúde. Na sua percepção, a ESF deveria atuar diretamente na comunidade e com enfoque mais preventivo do que curativo: *“O paciente tem que ir ao posto de saúde, que não é o PSF. O PSF é na comunidade, ou seja, no local onde o povo está. A parte curativa é com o hospital. Por isso eu discordo desse meio. O PSF é preventivo e não curativo”*.

Para o representante do Conselho Regional de Medicina (CRM-SC), a sua entidade representativa não é desfavorável à Estratégia Saúde da Família no município. Entretanto faz críticas à forma como a Estratégia está estruturada, porque tem consequências negativas para a categoria médica. Na sua percepção sobre a situação no estado de Santa Catarina e em Florianópolis, não haveria garantias trabalhistas para os médicos. Esta é a principal crítica que o CRM-SC faz à Estratégia no município, conforme o seu representante: *“O Programa Saúde da Família não vincula o médico ao município, e sim o médico ao gestor. E isso não é só em Florianópolis, mas em todo o estado. Então, o gestor não emprega aquele médico para que ele continue se entrosando com a comunidade. O plano em tese é bom, mas a execução é ruim. Isso acontece por várias razões, ou seja, não fixa o médico ao local e o contrato é precário. Essa situação faz com que o passe desse médico seja comprado de um município para o outro, desestruturando e inviabilizando muitos desses planos.”*

A Associação Catarinense de Medicina de Família e Comunidade manifesta-se favorável ao desenvolvimento e à ampliação do Programa Saúde da Família no município. A representante desta entidade destacou a preocupação da Associação com o alcance de um nível adequado de equipes por população, de forma a haver boas condições de trabalho para o médico e bom atendimento à população. Outro posicionamento da representante da Associação Catarinense de Medicina de Família foi com relação à importância do concurso público para a contratação de profissionais e o alto número de médicos com residência em Saúde da Família como importante diferencial da Estratégia Saúde da Família no município de Florianópolis.

Recentemente, outros Conselhos Regionais, como o de Farmácia,, o de Nutrição, o de Psicologia e o de Fisioterapia, têm se manifestado por meio de ofícios, solicitando a inclusão das referidas categorias nas equipes complementares, os NASFs, informou o secretário municipal de saúde.

A SES-SC tem apoiado a Estratégia Saúde da Família no município com incentivos financeiros pontuais para a capacitação das equipes de saúde da família.

O Conselho Municipal de Saúde tem se manifestado favorável e tem apoiado a implementação da estratégia. Recentemente tem se posicionado favorável à inclusão dos NASF.

No início, o setor privado não acreditava na Estratégia. Atualmente, segundo o secretário municipal de saúde, teriam ocorrido manifestações isoladas por parte de grupos médicos do setor privado. A Associação Catarinense de Medicina e o próprio CRM têm declarado ter havido esvaziamento dos consultórios particulares a partir da expansão da cobertura da Saúde da Família.

#### **4. FINANCIAMENTO**

Para conhecer o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) municipal em Florianópolis foram selecionados alguns indicadores do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) 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 (SES) e/ou diretamente pelo Ministério da Saúde (MS). Algumas destas informações são compostas com dados obtidos diretamente na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), por meio das entrevistas realizadas com os gestores locais.

Inicialmente apresenta-se 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 com saúde do município. Em seguida, examina-se 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 17% 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.

A apresentação dos indicadores municipais de Florianópolis (SC) construídos pelo SIOPS revela pouca dependência das transferências intergovernamentais, as quais, em 2007, corresponderam a 25% do total das despesas do município com saúde. As despesas totais com saúde no município, em valores absolutos, mostraram incremento significativo a cada ano: passaram de R\$31.018.898,00, em 2002, para R\$85.803.778,00, 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 98% nesses anos. Se a análise partir das despesas com saúde por habitante sob responsabilidade do município, nota-se crescimento

significativo em valores absolutos, passando de R\$86,02, em 2002, para R\$216,28, em 2007. Em relação às transferências SUS por habitante, verificamos igual incremento ao longo dos anos, passando de R\$25,21, em 2002, para R\$55,63, em 2006, apresentando pequena redução para R\$53,82 no ano de 2007. Portanto, a participação percentual das transferências para o SUS no total de gastos com saúde em Florianópolis é importante para o custeio dos gastos em saúde.

**Tabela 7 – Indicadores municipais de financiamento do SUS, Florianópolis (SC), 2002-2007**

Indicadores	2002	2004	2006	2007
% Participação da receita própria aplicada em saúde conforme a EC 29/2000	10,94	13,59	15,45	16,84
Despesas totais com saúde no município*	R\$ 31.019	R\$ 50.619	R\$ 73.934	R\$ 85.804
Despesa total com saúde, sob a responsabilidade do município, por habitante	R\$ 86,02	R\$ 134,07	R\$ 181,85	R\$ 216,28
Transferências SUS/habitante	R\$ 25,21	R\$ 31,73	R\$ 55,63	R\$ 53,82
% Participação das transferências da União para a saúde no total de recursos transferidos para a saúde no município	98,39	98,06	100,00	100,00
% Participação das transferências para a saúde em relação à despesa total do Município com saúde	29,31	23,67	30,59	24,89

\* Valores correntes em R\$ 1.000,00.

Fonte: SIOPS, 2008.

O exame dos gastos do município com saúde por elemento de despesa indica o peso dos gastos com pessoal no montante das despesas setoriais, correspondendo a 58% em 2007. Esta proporção vem aumentando a cada ano: em 2002, correspondia a 47%, em 2004, a 49%, e em 2006, chegou à mais alta proporção do período, com 58,28%; diminuindo pouco em 2007, para 58,13%.

Os gastos com serviços de terceiros – pessoa jurídica – variaram nos três anos analisados. Sua participação no total das despesas com saúde do município em 2002 era de 26%, mas apresentou pequeno crescimento em 2004, para 27%, reduzindo, em 2006, para 20%; em 2007, tornou a subir, para 23%.

As despesas com medicamentos e investimentos em saúde no município sofreram redução entre 2002 e 2007 e representaram menos de 11% na composição dos gastos totais do SUS municipal em 2007.



**Tabela 8 – Composição dos gastos totais do SUS municipal por tipo de despesa (%), Florianópolis (SC), 2002-2007**

Indicadores	2002	2004	2006	2007
	%	%	%	%
Participação da despesa com pessoal na despesa total com saúde	47,37	48,49	58,28	58,13
Participação da despesa com medicamentos na despesa total com saúde	5,86	4,49	0,00	5,00
Participação da despesa com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com saúde	26,26	26,49	19,70	23,18
Participação da despesa com investimentos na despesa total com saúde	8,84	10,43	3,11	5,91

Fonte: SIOPS, 2008.

Quanto ao financiamento da atenção básica, considerando as receitas efetuadas por administração direta no município de Florianópolis, foram realizadas despesas, em 2007, no valor de quase R\$ 21 milhões decorrentes de transferências da União relativas ao PAB fixo (25%) e referentes predominantemente ao PAB variável (75%).

Para a Estratégia Saúde da Família foram repassados pouco mais de R\$ 9 milhões, o que corresponde às despesas do Saúde da Família, dos agentes comunitários de saúde (ACS) e da saúde bucal. Vale ressaltar que o financiamento da atenção básica tem apresentado incremento ao longo dos anos estudados: cerca de R\$ 8 milhões no ano de 2002, o que foi aumentado para 10 milhões, em 2004, para 17 milhões, em 2006 e para 21 milhões, em 2007.

No ano de 2007, o PAB variável ocupou 75% das transferências para atenção básica. Esta proporção apresenta evolução crescente, quando comparada aos anos anteriores (70% em 2006, 58% em 2004 e 56% em 2002).

**Tabela 9 – Atenção Básica – Receitas realizadas por administração direta do município de Florianópolis (SC) (Valores correntes em R\$ 1,00)**

Indicadores	2002		2004		2006		2007	
	valor	%	valor	%	valor	%	valor	%
<b>Atenção Básica</b>	<b>7.779.854,00</b>	<b>100,0</b>	<b>10.180.925,17</b>	<b>100,0</b>	<b>16.766.866,77</b>	<b>100,0</b>	<b>20.980.824,01</b>	<b>100,0</b>
<i>Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo)</i>	3.405.430,00	43,8	0,00		5.062.703,32	30,2	5.296.860,00	25,2
<i>Piso de Atenção Básica Ampliado (PABA)</i>	0,00		4.238.994,50 <sup>1</sup>	41,6	-		-	
<i>Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável)</i>	4.374.424,00	56,2	5.941.930,67	58,4	11.704.163,45	69,8	15.683.964,01	74,8
Saúde da Família	1.775.425,00		2.691.024,00		5.473.400,00		5.787.605,00	
Agentes Comunitários de Saúde	1.642.733,00		1.937.420,00		2.572.850,00		3.092.282,00	
Saúde Bucal	0,00		0,00		183.600,00		322.800,00	
Epidemiologia e controle de doenças	443.585,00		831.799,84		2.776.673,10		-	
Farmácia básica	352.401,00		390.651,04		609.018,36		-	
Vigilância Sanitária	88.100,00		91.035,79		88.621,99		-	
Carências Nutricionais	72.180,00		-		-		-	
Outros programas financiados por transferência Fundo a Fundo <sup>2</sup>	-		-		-		6.481.277,01	

<sup>1</sup> Em Florianópolis só existem valores para o PABA no ano de 2004.

<sup>2</sup> Em 2007 passou a vigorar nova classificação para as despesas.

Fonte: SIOPS, 2008.

### **Observações dos gestores sobre o financiamento da Estratégia Saúde da Família**

De acordo com a coordenação de atenção básica e o secretário municipal de saúde, os incentivos financeiros do MS cobrem em torno de 20 a 30% das despesas com as equipes de saúde da família (ESFs). Estimam que uma ESF custa, por mês, cerca de R\$ 16 mil, apenas contando os recursos humanos e não incluindo os demais custos, como medicamentos, papel e deslocamento, entre outros. O Ministério da Saúde repassa R\$ 5.400 por equipe, o que representa menos de um terço do custo total.

O secretário municipal de saúde avalia que os custos com a Estratégia Saúde da Família são maiores que os da atenção básica tradicional. Quando solicitado a fazer uma estimativa de gastos para atenção básica per capita/ano, afirmou que o orçamento da Prefeitura está em torno de R\$ 82 milhões e que repassa para a saúde, aproximadamente, R\$ 6.700.000 por mês, ainda sem contar o repasse do MS. Destes, são gastos R\$ 3.740.000 em pessoal. Dentro desse valor, em torno de R\$ 2.500.000 são da Estratégia Saúde da Família – o que envolve os ACSs e as ESFs contratados. Dessa forma, entre as estimativas dos gastos com pessoal, cerca de 80% são aplicados na Estratégia Saúde da Família.

## **VI. GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS**

A gestão do trabalho em saúde ganhou centralidade no processo de implementação da ESF na medida em que a adoção do novo modelo assistencial implicou (e implica) a ampliação e a fixação do quadro de pessoal em nível estadual e, sobretudo, municipal. Esse processo se deu em um momento de transição econômica e de Reforma de Estado que, contraditoriamente, 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 e favoreceram a desregulamentação das relações de trabalho no setor público, no qual medidas ‘flexibilizadoras’, criadas por dispositivos legais complementares, modificaram as condições do uso da força de trabalho, de sua remuneração, de sua proteção, assim como 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, esta tendência desviante dos princípios que orientavam o trabalho na administração pública afetou os estados e municípios, que com a Constituição de 1988 passaram a ser responsáveis pela prestação de serviços de saúde na sua integralidade, necessitando reestruturar e ampliar seu quadro próprio de pessoal.

As medidas restritivas para contratação de pessoal no setor público, entre elas a Lei de Responsabilidade Fiscal, *versus* a demanda por recursos humanos resultou na proliferação de contratos de trabalho pouco regulados nos estados e, sobretudo, nos municípios, mediados por cooperativas, fundações privadas e ONGs, denominados “*contratos precários*”.

Nogueira (2006) chama a atenção para a especificidade do termo precariedade dos contratos quando se trata de trabalhadores no serviço público. Entende que 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 de um 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 e segurança, mediante normas legais de licitação”* (Nogueira, 2006:5).

O Programa de Saúde da Família (PSF), implantado neste período, foi uma das áreas que mais sofreram o impacto deste novo arranjo político-institucional, como demonstram diversos estudos que evidenciam um percentual elevado de trabalhadores de saúde vinculados através de entidades diversas (Escorel et al., 2002; Nogueira, 2006; Mendonça, 2007).

O PSF teve o desafio de **combinar diversas estratégias de emprego, utilizando-se de diferentes vínculos trabalhistas**, ao expandir-se para os grandes centros urbanos, onde encontrava uma estrutura de serviços já consolidada. A elaboração de **novo** perfil profissional a partir da relação de trabalho e do processo de educação continuada dos profissionais não excluiu o aproveitamento do quadro estatutário das SMSs, 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 compõe e integram a rede de relações de trabalho no SUS, buscando uma visão global do processo de implementação da Estratégia Saúde da Família neste contexto de mudanças na organização do trabalho, através de entrevistas com trabalhadores de todas as categorias, gestores e representantes das entidades profissionais.

A tendência dos anos 1990 e início da década de 2000 de combinar diversas estratégias para 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, quando os contratos ‘*precários*’, estão sendo substituídos por quadros próprios mediante concursos públicos. A pesquisa busca, assim, investigar quanto o modelo de incorporação de pessoal pelos municípios está diretamente relacionado com as políticas de incorporação de pessoal do governo federal que, em um primeiro momento<sup>1</sup> (1995 a 2004), restringiu os concursos públicos e estimulou outras formas de contratação e, em um

---

<sup>1</sup>Governo FHC (dois mandatos) e primeiro mandato do Governo Lula.

segundo momento,<sup>2</sup> (2005-2008), estabeleceu como meta a regularização das relações de trabalho no setor público.

Outra variável importante a ser levantada pela pesquisa porque gerou impacto no mercado de trabalho do setor saúde e que o diferencia do mercado de trabalho mais geral é a **particularidade do processo de trabalho e da estrutura ocupacional no setor público de saúde**. Na saúde, existem funções e atividades diretamente relacionadas a determinadas categorias profissionais, que exigem qualificação própria e são reguladas externamente, com o controle do poder público (Dedecca et col., 2004). Isso remete a uma terceira variável, a **qualificação de recursos humanos**, que se coloca atualmente, na literatura sobre gestão, como diferencial competitivo no mercado de trabalho e como forma de garantir eficiência e eficácia às propostas e aos projetos institucionais.

As inserções de diferentes categorias profissionais no mercado de trabalho público e privado, tanto em sua dimensão ocupacional quanto em sua extensão, reflete-se na Estratégia Saúde da Família no que se refere à dificuldade dos municípios de fixar os médicos e fazê-los cumprir a carga horária integral de 40 horas semanais.

Este quadro reforça a discussão apresentada aos gestores entrevistados quanto 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).

Na área da saúde, os avanços da ciência e o desenvolvimento tecnológico acelerado, característicos do novo modo de produção, implicam a necessidade da constante atualização de seus profissionais e de uma base de conhecimento interdisciplinar sólida, que lhe permita enfrentar a diversidade e a 'adversidade' do processo saúde no mundo atual. No caso específico da Estratégia SF como novo modelo de organização da atenção, a necessidade de formação e desenvolvimento permanentes dos profissionais, voltados para a realidade social, torna o desafio da qualificação ainda maior, pois questiona as formas tradicionais de educação já consolidadas e socialmente reconhecidas.

Assim, a qualificação surge na discussão sobre 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

---

<sup>2</sup> Segundo mandato do Governo Lula.

de mudança na organização do sistema com a implantação e expansão da Estratégia Saúde da Família. Este quadro reforça, dentre outras, a preocupação com a 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 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 período de, aproximadamente, dois anos (Machado et col., 1997).

O Programa de Residência Médica, considerado o 'padrão ouro' da especialização médica, constitui uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos que funciona em instituições de saúde sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, conferindo o título de especialista ao médico-residente (MEC/SESU).

No entanto, a compatibilização entre a formação médica recebida e a atuação na ESF é discutida por alguns autores. Seixas e Stella (2002) e Padilha (2002) destacam que a formação médica pós-graduada está centrada em especialidades e subespecialidades que se voltam para ações de média e alta complexidade, o que forma profissionais com carência de capacitação para desenvolver ações dirigidas à proteção e à promoção da saúde. Destacam ainda que a formação em medicina ainda é tradicionalmente organizada segundo disciplinas desarticuladas, ciclos básico e clínico separados, além de centrados na doença e no atendimento hospitalar.

Assim, seria criada uma divergência entre as expectativas do profissional e o que é esperado dele, tendo-se em mente o modelo de Saúde da Família, na medida em que 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 possibilidades de formação, aperfeiçoamento profissional e acesso a tecnologias e a uma sociedade de consumo (Seixas e Stella, 2002; Gugliemi, 2006).

Em 2003, a Residência em Saúde da Família e Comunidade foi aprovada pelo MEC, destinada a formar médicos especialistas na Atenção Primária para atuarem na perspectiva da promoção de saúde com enfoque comunitário. Inicia-se, portanto, novo modelo de

residência médica cujo *locus* de atuação foge ao modelo tradicional, que se localiza no sistema hospitalar.

A estratégia de residência como forma de qualificação e especialização dos profissionais de saúde vem se estendendo para as demais profissões na modalidade de Cursos de Especialização em moldes de Residência, com o objetivo de qualificar os profissionais de saúde para trabalhar na ESF. Esta é orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das 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, na presente pesquisa buscou-se analisar as modalidades de gestão do trabalho em saúde em cada município e conhecer o perfil dos profissionais das equipes de saúde da família (ESF) quanto a sua formação e experiência anterior de trabalho, inserção institucional e qualificação para atuação na Estratégia.

Durante a visita de campo em Florianópolis observou-se, como traço marcante da gestão do trabalho da Saúde da Família, 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 de 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.

No município de Florianópolis, este fato se agrava na medida em que existe regulamentação interna à Secretaria Municipal de Saúde que exige, além da carga horária integral, a dedicação exclusiva.

Gestores e representantes de entidades profissionais tendem a justificar tal atitude por parte da categoria pelo alto investimento dos profissionais médicos em formação, que não tem correspondência com a perspectiva de ascensão na carreira pública em atenção primária.

Para o Conselho Regional de Medicina de Florianópolis, o vínculo exclusivo dos profissionais é fator limitante para a fixação dos profissionais no PSF e a pouca oferta de vagas para Residência Médica no Estado faz com que os médicos ingressem no PSF pela possibilidade de fazer a Residência, porém se desligam quando a concluem.



## 1. GESTÃO DO TRABALHO NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS

Compreendido como estratégia de mudança do modelo assistencial e como prioridade da gestão municipal, a Estratégia Saúde da Família em Florianópolis procurou se estruturar de forma a responder às demandas técnico-gerenciais decorrentes da ampliação da oferta de serviços, a partir da adesão ao Pacto de Gestão em 2007. Nesta perspectiva foi criado um Grupo Gestor da Atenção Básica, composto pelo coordenador da atenção básica e por duas técnicas da SMS.

Nesta estrutura, a Assessoria Técnica de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde (na estrutura formal) ou Divisão de Recursos Humanos (na estrutura não oficializada), assume um caráter mais de administração salarial, segundo a sua própria coordenação, ficando responsável apenas por questões administrativas, que incluem a contratação de RH, a inclusão dos profissionais no quadro, a checagem das exigências legais para contratação, a substituição de profissionais nos casos de pedidos de demissão ou ao término do contrato temporário.

Na perspectiva da equipe gestora, o processo de qualificação de recursos humanos na área da saúde deve ser contínuo, mantendo-se um espaço de qualificação permanente, de atualização, para os profissionais, motivando-os a se aperfeiçoarem. Assim, os programas de capacitação e de educação permanente passam, na nova estrutura, a ser de responsabilidade da área de Desenvolvimento Institucional.

Para o secretário municipal de saúde, a existência de um quadro de pessoal preparado para responder às demandas de forma resolutiva está entre os principais desafios para a consolidação da ESF no município. Na opinião desse gestor, é importante que haja investimento em políticas de RH e naquelas de remuneração, bem como a adequação dos recursos humanos à APS: *“Sem isso, não se faz nada. A Estratégia Saúde da Família pode significar uma armadilha, se não tivermos recursos humanos competentes. Ela pode se transformar em um grande repassador de doentes, se não estiver medindo constantemente a resolutividade”* (secretário municipal de saúde).

Em sua maioria, os gestores entrevistados reconhecem que a falta de recursos humanos está entre as principais dificuldades para a consolidação e a expansão da ESF, principalmente os especialistas, quando se exige carga horária de 40 horas semanais, seguida da necessidade de melhor capacitação desses recursos humanos.

Muitos entrevistados apontaram a contratação dos profissionais por meio do concurso público como fator positivo para a vinculação e a diminuição da rotatividade, em especial a dos médicos, e o alto número de profissionais com formação em saúde da família também foi apontado como característica específica e positiva de Florianópolis, o que contribuiu para a consolidação da Estratégia.

A expectativa dos gestores é que a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) contribua para a ampliação e a diversificação dos recursos humanos na ESF em Florianópolis, aumentando a abrangência e o escopo das ações de atenção básica, assim como melhorando a qualidade e a resolutividade da atenção à saúde através de equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuarão em parceria com os profissionais das equipes de saúde da família.

## 2. PERFIL DAS EQUIPES

Apresenta-se o perfil das profissionais de Saúde da Família que atuam no município de Florianópolis 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 de saúde da família. Assim, são indicadas suas principais características quanto a sexo, à idade média, à faixa etária dos profissionais de nível superior, 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.

Com relação ao gênero, verifica-se predomínio significativo do sexo feminino (acima de 90%) nas categorias de enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Apenas na categoria médicos há proporção mais equitativa entre o sexo masculino (44%) e feminino (56%).

**Tabela 1 – A1 Médicos e Enfermeiros, segundo sexo, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Sexo	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Feminino	34	55,7	64	91,4	98	74,8
Masculino	27	44,3	6	8,6	33	25,2
Total	61	100,0	70	100,0	131	100,0

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

**Tabela 2 – A1 Agentes Comunitários de Saúde e auxiliares/ técnicos de enfermagem, segundo sexo, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Sexo	ACS		Aux/ Téc enfermagem	
	n	%	n	%
Feminino	136	97,1	65	90,3
Masculino	3	2,1	6	8,3
Não respondeu	1	,7	1	1,4
Total	140	100,0	72	100,0

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

Cerca de um terço dos médicos está na faixa etária de 31 a 39 anos (34%) e 18% têm mais de 50 anos. Ao analisar a categoria enfermeiros, observam-se profissionais mais jovens (57%), até 30 anos, e nenhum enfermeiro acima de 50 anos.

**Tabela 3 – A2 Médicos e Enfermeiros, segundo faixa etária, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Faixa etária	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Até 30	13	21,3	40	57,1	53	40,5
31-39	21	34,4	16	22,9	37	28,2
40-49	12	19,7	12	17,1	24	18,3
50-59	9	14,6	0	0,0	9	6,9
60 ou mais	2	3,5	0	0,0	2	1,5
Não respondeu	4	6,5	2	2,9	6	4,6
Total	61	100,0	70	100,0	131	100,0

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

Em relação aos agentes comunitários de saúde, a distribuição é mais homogênea entre os que têm até 30 anos (26%) e de 31 a 39 anos (26%), com ligeira predominância dos ACSs com 40 a 49 anos (34%).

Entre o total de auxiliares/ técnicos de enfermagem, mais de 15% têm mais de 50 anos e um terço tem até 30 anos (33%).

Este quadro nos permite afirmar que médicos e ACS se evidenciam como as categorias que apresentam a média mais alta de idade: 70% dos médicos e 65% dos ACSs têm entre 31 e 59 anos, enquanto os enfermeiros apresentam perfil mais jovem, estando na faixa etária de até 30 anos 57% deles.

**Tabela 4 – A2 Idade dos Agentes Comunitários de Saúde e dos auxiliares/técnicos de enfermagem Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Faixa etária	ACS		Aux/Téc de enfermagem	
	n	%	n	%
Até 30 anos	37	26,4	24	33,3
31-39 anos	36	25,7	15	20,8
40-49 anos	47	33,6	21	29,1
50-59 anos	8	5,7	9	12,5
60 ou mais anos	5	3,6	2	2,7
Não respondeu	7	5,0	1	1,3
Total	140	100,0	72	100,0

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

### Formação dos profissionais

A escolaridade e a qualificação dos profissionais de nível superior podem ser consideradas altas, considerando o nível de pós-graduação. Dos 61 médicos, 15% não têm pós-graduação e 51% têm residência completa. O percentual de enfermeiros sem pós-graduação é de 56% e os que têm curso completo de especialização correspondem a 41%. Entre os médicos, 12% possuem mestrado, enquanto apenas um enfermeiro possui essa titulação. Nem médicos nem enfermeiros possuem doutorado. Convém destacar que os profissionais foram solicitados a assinalar somente a sua maior qualificação ao serem perguntados sobre sua formação de pós-graduação, tornando os resultados de Florianópolis distintos dos das demais cidades pesquisadas.

**Tabela 5 – A4 Médicos e Enfermeiros, segundo pós-graduação, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Pós-graduação	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
I - Não tem pós-graduação	9	14,8	39	55,7	48	36,6
II - Especialização completa	14	23,0	29	41,4	43	32,8
III - Residência completa	31	50,8	1	1,4	32	24,4
IV - Mestrado completo	7	11,5	1	1,4	8	6,1

n = 61 médicos e n = 70 enfermeiros.

Obs.: Além dos 14 contabilizados acima, outros 11 médicos com nível de escolaridade mais elevada informaram também ter realizado especialização.

Os resultados de Florianópolis diferem das outras cidades, pois solicitou-se que os profissionais assinalassem somente a sua maior qualificação.

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

Metade dos médicos e 23% dos enfermeiros informaram ter qualificação específica em saúde da família e /ou saúde coletiva/saúde pública, em um universo de 131 profissionais de nível superior entrevistados: 61 médicos e 70 enfermeiros.

**Tabela 6 – Médicos e Enfermeiros com qualificação em saúde da família e /ou saúde coletiva/saúde pública**

Qualificação	Médico		Enfermeiro	
	n	%	n	%
Especialização ou residência em Saúde da Família ou em Medicina de Família e Comunidade	30	49,2	11	15,7
Especialização ou residência em Saúde da Família ou em Medicina de Família e Comunidade ou em saúde pública ou saúde coletiva	31	50,8	16	22,9

Total de Médicos: 61; Total de Enfermeiros: 70.

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

Do total de médicos (14) e enfermeiros (29) que informaram ter concluído um curso de especialização, 15% especializaram-se em Medicina de Família e Comunidade / Saúde da Família, mostrando-se maior esse percentual para os médicos. Entre estes, 10% possuem especialização em outra área médica e 7%, em medicina do trabalho. Observa-se também a busca por especialização em cursos na área da saúde coletiva (7%) e em especialidades básicas (9%) entre os enfermeiros.

**Tabela 7 – A4 IIa Primeiro curso de especialização concluído informado pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Áreas de especialização	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Medicina de Família e Comunidade / Saúde da Família	11	18,0	9	12,9	20	15,3
Medicina do trabalho	4	6,6	0	0,0	4	3,1
Especialidades básicas (pediatria, obstetrícia, clínica médica)	1	1,6	6	8,6	7	5,3
Saúde coletiva	1	1,6	5	7,1	6	4,6
Formação pedagógica / educação	0	0,0	3	4,3	3	2,3
Gestão, administração hospitalar	0	0,0	3	4,3	3	2,3
Outras especialidades médicas e de enfermagem	6	9,8	2	2,9	8	6,1
Outras especializações	3	4,9	1	1,4	4	3,1

n = 61 médicos e n = 70 enfermeiros

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

O tempo de conclusão do primeiro curso de especialização dos profissionais de nível superior das ESFs demonstra que essa formação é recente (menos de cinco anos) para 18%

dos médicos e 24% dos enfermeiros. Vale salientar que 13% dos médicos concluíram a primeira especialização há mais de dez anos, o que é compatível com sua faixa etária.

**Tabela 8 – A4IIB Tempo de conclusão do primeiro curso de especialização dos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Tempo de conclusão	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Até 5 anos	11	18,0	17	24,3	28	21,4
6 a 10 anos	3	4,9	10	14,3	13	9,9
11 a 20 anos	4	6,6	1	1,4	5	3,8
Mais de 20 anos	4	6,6	0	0,0	4	3,1

n = 61 médicos e n = 70 enfermeiros

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

Considerando a segunda especialização informada pelos profissionais médicos e enfermeiros, apenas um enfermeiro (1%) concluiu o curso de Medicina de Família e Comunidade / Saúde da Família. Entre os médicos, 7% cursaram a segunda especialização em outras especialidades médicas.

**Tabela 9 – A4IIC Segundo curso de especialização concluído informado pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Segunda especialização	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Especialidades básicas	2	3,3	2	2,9	4	3,1
Gestão, administração hospitalar	0	0,0	1	1,4	1	0,8
Medicina de Família e Comunidade / Saúde da Família	0	0,0	1	1,4	1	0,8
Medicina do trabalho	1	1,6	0	0,0	1	0,8
Saúde Coletiva	0	0,0	3	4,3	3	2,3
Outras especialidades médicas e de enfermagem	4	6,6	1	1,4	5	3,8

n = 61 médicos e n = 70 enfermeiros

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

O tempo de conclusão do segundo curso de especialização ocorreu há menos de cinco anos para 71% dos profissionais entrevistados.

**Tabela 10 – A4IID Tempo do Segundo curso de especialização informado pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Tempo de conclusão	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Até 5 anos	3	42,9	7	100,0	10	71,4
6 a 10 anos	1	14,3	0	0,0	1	7,1
11 a 20 anos	2	28,6	0	0,0	2	14,3
20 anos ou mais	1	14,3	0	0,0	1	7,1

n = 61 médicos e n = 70 enfermeiros

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

Quando indagados sobre a Residência Médica, um terço dos médicos informou que concluíra a primeira residência na área de Medicina de Família e Comunidade / Saúde da Família. Apenas um enfermeiro cursou residência, tendo-a realizado na área citada.

**Tabela 11 – A4IIIA Primeira Residência completa informada pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Residência	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Medicina de Família e Comunidade / Saúde da Família	20	32,8	1	1,4	21	16,0
Especialidades básicas	9	14,8	0	0,0	9	6,9
Medicina Preventiva e Social	3	4,9	0	0,0	3	2,3
Outras Especialidades	1	1,6	0	0,0	1	0,8

n = 61 médicos e n = 70 enfermeiros

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

O tempo de conclusão da residência também é recente: 48% dos médicos e o enfermeiro concluíram o curso há menos de cinco anos.

**Tabela 12 – A4IIIB Tempo de conclusão do primeiro curso de residência informado pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Tempo de Conclusão	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Até 5 anos	15	48,4	1	100,0	16	50,0
6 a 10 anos	10	32,3	0	0,0	10	31,3
11 a 20 anos	5	16,1	0	0,0	5	15,6
Mais de 20 anos	1	3,2	0	0,0	1	3,1

n = 61 médicos e n = 70 enfermeiros

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

Dois médicos informaram ter completado a segunda residência, dos quais um, na área de medicina de família e comunidade e outro, na de cardiologia.

**Tabela 13 – A4IIC Segunda residência completa informada pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Residência	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Cardiologia	1	1,6	0	0,0	1	0,8
Medicina da Família e Comunidade	1	1,6	0	0,0	1	0,8

n = 61 médicos e n = 70 enfermeiros

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

Esse conjunto de respostas permite visualizar o alto grau de qualificação dos profissionais médicos das ESFs na área de Saúde da Família. Do total de médicos entrevistados, 44% afirmam ter realizado curso de especialização com enfoque em Saúde da Família, percentual bem mais elevado que os enfermeiros (21%).

**Tabela 14 – A5 Realização de curso de especialização com enfoque em Saúde da Família pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Especialização	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	27	44,3	15	21,4	42	32,1
Não	32	52,5	51	72,9	83	63,4
Não respondeu	2	3,3	4	5,7	6	4,6
Total	61	100,0	70	100,0	131	100,0

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

Essa qualificação se reflete no título de especialista em Medicina de Família e Comunidade. Entre os médicos das ESFs de Florianópolis, 44% têm título de especialista na área. Vale lembrar que a titulação é exigência do concurso público para médicos no município.

**Tabela 15 – A6 Título de especialista em medicina de família e comunidade, segundo Médicos, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Título	n	%
Sim	27	44,3
Não	34	55,7
Total	61	100,0

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

Como dito anteriormente, sete médicos e um enfermeiro possuem mestrado completo. Desses, quatro são na área de Saúde Pública, sendo as demais áreas dos cursos: Antropologia, Ergonomia e Sociologia Política. O enfermeiro com mestrado possui título de mestre em Assistência de Enfermagem.



**Tabela 16 – A4IVA Mestrado completo informado pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Mestrado	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Saúde Pública	4	6,6	0	0,0	4	3,1
Antropologia	1	1,6	0	0,0	1	0,8
Ergonomia	1	1,6	0	0,0	1	0,8
Sociologia Política	1	1,6	0	0,0	1	0,8
Ass. de enfermagem	0	0,0	1	1,4	1	0,8

n = 61 médicos e n = 70 enfermeiros

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

Em relação à formação profissional dos ACSs, predomina o nível médio completo (73%). Do total destes profissionais, 19% possuem o ensino fundamental e 7% concluíram o curso superior.

**Tabela 17 – A3 Agentes Comunitários de Saúde, segundo escolaridade, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Escolaridade	n	%
Ensino fundamental (primeiro grau) completo	26	18,6
Ensino médio (segundo grau) completo	102	72,9
Ensino superior (terceiro grau) completo	10	7,1
Não respondeu	2	1,4
Total	140	100,0

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

Dos 140 ACSs entrevistados, 79% afirmaram não estar realizando nenhum curso atualmente. Entre os 25 ACSs que estudam, observa-se que 32% estão cursando o nível médio e 20%, o curso técnico.

**Tabela 18 – A4 Prática de estudo dos Agentes Comunitários de Saúde atualmente, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Prática de estudo	n	%
Sim	25	17,9
Não	111	79,3
Não respondeu	4	2,9
Total	140	100,0

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

**Tabela 19 – A4. 1 Série/Curso feito atualmente frequentado pelos Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Série/curso	n	%
Curso técnico	5	20,0
Ensino Médio	8	32,0

Ensino Superior	3	12,0
Magistério	2	8,0
Pré-vestibular	2	8,0
Supletivo	1	4,0
Não respondeu	3	12,0
Outros	1	4,0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>

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

Em relação aos auxiliares/ técnicos de enfermagem, 86% possuem ensino médio completo e 8%, nível superior.

**Tabela 20 – A3 Auxiliares/ técnicos de enfermagem, segundo escolaridade, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

<b>Escolaridade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ensino fundamental (primeiro grau) completo	2	2,8
Ensino médio (segundo grau) completo	62	86,1
Ensino superior (terceiro grau) completo	6	8,3
Não respondeu	2	2,8
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100,0</b>

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

Cerca de 13% dos auxiliares/técnicos de enfermagem estavam estudando no momento da pesquisa de campo. Entre esses nove profissionais, três estão matriculados em cursos pré-vestibular e seis, em cursos de nível superior e pós-graduação.

**Tabela 21 – A4 Prática de estudo dos auxiliares/técnicos de enfermagem atualmente, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

<b>Prática de estudo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	9	12,5
Não	61	84,7
Não Respondeu	2	2,8
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100,0</b>

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

**Tabela 22 – A4. 1 Série/Curso feito atualmente frequentado pelos Auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Curso	n	%
Pré-vestibular	3	33,3
Serviço social	1	11,1
Gestão de negócios	1	11,1
Administração	1	11,1
Pós-graduação	1	11,1
Especialização em PSF	1	11,1
Outros	1	11,1
Total	9	100,0

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

Dos 71 auxiliares/técnicos de enfermagem entrevistados, 31% concluíram o curso de auxiliar há menos de cinco anos, enquanto 27% completou o curso entre seis e dez anos.

**Tabela 23 – A5 Tempo que completou o curso de Auxiliar/ técnico (Anos) dos auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Tempo de conclusão	n	%
Até 5 anos	22	31,0
6 a 10 anos	19	26,8
11 a 20 anos	11	15,4
Mais de 20 anos	9	12,7
Não respondeu	10	14,1
Total	71	100,0

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

### **Experiência do trabalho anterior em Saúde da Família**

Verificou-se que os médicos já possuíam experiência de trabalho anterior no PSF, seja em Florianópolis (26%) ou em outro município (53%), e apenas 15% não tinham tido experiência anterior com o PSF. O mesmo não se observa entre os enfermeiros, dos quais apenas 37% possuíam experiência em outro município e 51% dos entrevistados afirmaram não ter nenhuma experiência anterior.

**Tabela 24 – A7 Experiência anterior em trabalho no PSF de Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Experiência anterior em SF	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim, neste mesmo município.	16	26,2	9	12,9	25	19,1
Sim, em outro município.	32	52,5	26	37,1	58	44,3
Sim, em outro estado	16	26,2	2	2,9	18	13,7
Não teve experiência anterior	9	14,8	36	51,4	45	34,4

Observação: n = 61 médicos e n = 70 enfermeiros

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

Entre os ACSs, 93% não tiveram nenhuma experiência anterior em trabalho no PSF. Vale destacar que 32% entre os 140 ACS pesquisados possuíam experiência anterior em atividade comunitária, com o tempo mediano de dedicação de três anos. As principais atividades realizadas foram as vinculadas à Igreja Pastoral (26%) e a Programas de Voluntariado (23%).

**Tabela 25 – A6 Experiência anterior em trabalho no PSF dos Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Experiência	n	%
Sim, neste mesmo município.	5	3,6
Sim, em outro estado	1	,7
Não teve experiência anterior.	130	92,9
Não respondeu	4	2,9
Total	140	100,0

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

Entre os auxiliares/ técnicos de enfermagem, dois terços não possuíam experiência anterior de trabalho em Saúde da Família. No entanto, 15% possuíam experiência no mesmo município e 7% declararam ter experiência em outro município.

**Tabela 26 – A6 Experiência anterior em trabalho no PSF de auxiliares/técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Experiência anterior no PSF	n	%
Sim, neste mesmo município.	11	15,3
Sim, em outro município	5	6,9
Não teve experiência anterior.	54	75,0
NSI	2	2,8
Total	72	100,0

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

Quase 30% dos médicos das ESFs atuam na Estratégia Saúde da Família em Florianópolis há mais de quatro anos e um quarto desses profissionais, entre um e dois anos. Entre os enfermeiros, 49% atuam no Saúde da Família no município há menos de um ano enquanto 24% declararam tempo de atuação superior a quatro anos.

**Tabela 27 – B1 Tempo de atuação dos Médicos e Enfermeiros na Estratégia Saúde da Família de Florianópolis (SC), 2008**

Tempo de atuação	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Até 6 meses	8	13,1	12	17,1	20	15,3
De 7 meses a 12 meses	6	9,8	22	31,4	28	21,4
De 13 meses a 24 meses	15	24,6	14	20,0	29	22,1
De 25 meses a 36 meses	11	18,0	2	2,9	13	9,9
De 37 meses a 48 meses	3	4,9	3	4,3	6	4,6
Mais de 4 anos	18	29,5	17	24,3	35	26,7
Total	61	100,0	70	100,0	131	100,0

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

Entre os ACSs, 46% declararam atuar na Estratégia Saúde da Família no município por período superior a cinco anos, enquanto 41% informaram que esse tempo de atuação foi de dois a cinco anos. Já entre os auxiliares/ técnicos de enfermagem, 38% atuam no Saúde da Família em Florianópolis há menos de um ano enquanto 26% têm tempo de atuação superior a cinco anos, enquanto um quarto dos auxiliares/técnicos de enfermagem declarou tempo de atuação entre dois e cinco anos.

**Tabela 28 – B1 Tempo de atuação dos Agentes Comunitários de Saúde no PSF no município, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Tempo de atuação	ACS		Aux/ tec enfermagem	
	n	%	n	%
Até 6 meses	3	2,1	7	9,7
De 7 meses a 12 meses	5	3,6	20	27,8
De 13 meses a 24 meses	7	5,0	8	11,1
De 2 a 5 anos	57	40,7	17	23,6
Mais de 5 anos	65	46,4	19	26,4
Não respondeu	3	2,1	1	1,4
Total	140	100,0	72	100,0

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

O perfil dos profissionais pesquisados sinaliza a predominância de profissionais do sexo feminino entre todas as categorias profissionais, exceto para os médicos, que possuem

distribuição mais equitativa entre sexo feminino e masculino. A média de idade dos médicos é superior às demais categorias profissionais pesquisadas, ao passo que entre os enfermeiros predomina a faixa etária mais jovem. A escolaridade predominante entre os ACSs e os auxiliares/técnicos de enfermagem é segundo grau completo e ambas as categorias encontram-se há tempos sem realizar nenhum curso.

Entre os profissionais de nível superior das equipes (médicos e enfermeiros), ainda que seja baixo o percentual daqueles que informaram ter concluído especialização em Saúde da Família e dos médicos que informaram ter concluído residência em Medicina de Família e Comunidade, do ponto de vista da qualificação se destaca o percentual de médicos (51%) e de enfermeiros, estes em menor escala (23%), que informam ter alguma qualificação em Saúde da Família e /ou Saúde Coletiva/Saúde Pública.

Os médicos são os profissionais que apresentam os percentuais mais expressivos em experiência anterior em trabalho no PSF quando comparados às demais categorias. Nesse sentido, a ideia recorrente do trabalho no PSF como alternativa somente para os recém-formados pode não encontrar respaldo direto nessa realidade, com cerca de 30% dos médicos com tempo de permanência no município superior a quatro anos.

### **3. INSERÇÃO PROFISSIONAL**

O processo de contratação da SMS de Florianópolis se realiza de duas formas: concurso público ou processo seletivo público. Os concursos públicos constituem a forma principal de contratação para a ESF, tendo sido abertas vagas específicas para médicos especialistas em Saúde da Família nos dois últimos concursos públicos.

A intenção da SMS é substituir gradualmente os servidores temporários pelos efetivos, mas a dificuldade de adesão dos médicos à carreira pública é grande, o que leva a SMS a optar por contratações temporárias através de processo seletivo público. Os contratos temporários têm a duração de, no máximo, dois anos, prorrogáveis por mais um, e os contratados têm seus direitos trabalhistas reconhecidos, tais como férias, 13º salário e contribuição social.

Estima-se em 30 o número de médicos com contratos temporários,mas é menor o número de enfermeiros contratados no processo seletivo de 2006.

Neste aspecto, é importante ressaltar que, dependendo da categoria profissional, a opção por vínculos mais flexíveis é do próprio profissional e, no caso dos médicos, determinada pela forma como o mercado de trabalho se estrutura. São “precarizados”, segundo o conceito de Nogueira, por opção e não por falta de opção.

Os ACSs, por outro lado, têm todo um movimento para se integrarem aos quadros públicos, porém encontram dificuldades do ponto de vista legal.

Em Florianópolis, até 2008, os contratos dos ACSs eram feitos através de uma ONG, a Associação Florianopolitana de Voluntários. A partir da Lei 11.350 e da Emenda 51 do Ministério Público do Trabalho, que permite o ingresso deste grupo ocupacional no serviço público, eles passaram a ser contratados como servidores públicos celetistas.

Foi criada uma lei municipal específica que regula a inserção dos ACSs no quadro de servidores, mas que está sendo contestada pelo Ministério Público do Trabalho, sob alegação de inconstitucionalidade. O argumento utilizado é que está sendo criada uma insegurança jurídica, pois o processo de seleção privilegia as pessoas moradoras da área onde o PSF se localiza, contrariando a norma constitucional que determina que qualquer pessoa, de qualquer lugar do Brasil, pode concorrer a vagas em concurso público.

Todos os profissionais que ingressam no PSF têm necessariamente uma carga horária de 40 horas semanais, tempo integral, dedicação exclusiva e uma tabela de gratificação.

Dentre os principais problemas quanto à seleção e à vinculação dos profissionais através de concurso público, foram relatados pelos gestores: i) a falta de preparo dos profissionais, o que se reflete no baixo índice de candidatos classificados, principalmente na categoria médica; ii) exigência de tempo integral e dedicação exclusiva feita pelo PSF.

Mesmo para os profissionais contratados por CLT há a exigência de dedicação exclusiva, embora a legislação não faça esse tipo de diferenciação. A assessora de Recursos Humanos explica que, quando a Lei foi feita, em 1998, confundiu-se tempo integral com dedicação exclusiva. Por isso é solicitado a todos os profissionais que assinem a declaração de não acúmulo de cargo.

A assessora afirma que estas questões se referem mais aos médicos, não havendo problemas com os enfermeiros, os técnicos, os odontólogos e os ACSs. Para os ACSs, a única exigência é que morem na região.

A maioria dos médicos, segundo a assessora, chega à Secretaria com outros vínculos e não aceita o posto de trabalho nestas condições de restrição. A assessora diz que o próprio Ministério da Saúde não exige isso, só exigindo jornada integral de 40 horas. Este é um dos problemas que vêm sendo discutido pelos gestores.

**Tabela 29 – Quadro de profissionais da ESF no município de Florianópolis em 31/12/2007**

<b>Categoria profissional</b>	<b>N.º total em 31/12/2007</b>
Médico	248
Enfermeiro	154
Auxiliar de enfermagem	84
Técnico de enfermagem	270
Odontólogos	100
Agentes comunitários de saúde	572
Auxiliar de consultório odontológico	42
Técnico em saúde bucal	1
Auxiliar administrativo	128
Motorista	37
Servente	81

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

Não existe um Plano de Carreiras próprio para a Saúde no município. Há um, da Prefeitura, que não segue as orientações do Ministério da Saúde, e uma Mesa de Negociação. Esse fórum vem sendo realizado pela Secretaria de Administração e conta com a presença dos servidores da Saúde e dos Sindicatos. Através da Mesa de Negociação novo plano está sendo construído, uma vez que o atual é antigo e não contempla as diferenças setoriais. A única exceção é a Carreira de Magistério, mas os demais servidores são considerados pessoas civis.

A solicitação de ingresso dos profissionais da rede ao PSF tem sido grande, demonstrando adesão ao Programa.

A estratégia utilizada para cobrir afastamento temporário de profissionais em face dos direitos trabalhistas (férias, licenças médicas, licença maternidade etc.) varia em função do tempo de afastamento. Acima de 30 dias, é contratado um servidor temporário. Se for por menos de 30 dias, a Regional de Saúde procura remanejar alguém para substituir o servidor, mas quando está de férias, não há substituição.

A estruturação do PSF com um Quadro de Servidores concursados é meta que vem sendo perseguida pela atual gestão municipal como estratégia de consolidação do Saúde Família,



garantindo estabilidade aos profissionais, perspectiva de carreira e a consequente diminuição da rotatividade.

Neste sentido, foi feito esforço junto ao Governo Municipal, por parte do secretário municipal de saúde, para aumentar o número de vagas para a SMS através da criação de novos cargos. No momento do trabalho de campo, a SMS possuía um quadro de pessoal de, aproximadamente, dois mil servidores, segundo a Assessora de Recursos Humanos.

### Mecanismos de seleção

O mecanismo de seleção e de contratação dos profissionais de nível superior entrevistados foi fundamentalmente a prova escrita (74%), seguida de análise de currículo (25%). Entrevistas também foram usadas como mecanismo de seleção para 18% dos médicos e 4% dos enfermeiros.

**Tabela 30 – B6 Mecanismos de seleção, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Mecanismos de seleção	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Entrevista	11	18,0	3	4,3	14	10,7
Análise de currículo	25	41,0	8	11,4	33	25,2
Prova escrita	42	68,9	55	78,6	97	74,0
Prova prática	0	0,0	1	1,4	1	0,8
Outro	11	18,0	15	21,4	26	19,8
Não se aplica	1	1,6	1	1,4	2	1,5

n = 61 médicos e n = 70 enfermeiros

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

Quanto aos ACSs entrevistados, os mecanismos de seleção com maior evidência foram prova escrita e entrevista, que tiveram percentuais próximos, de 95% e 90%. Apesar de ser um dos critérios de seleção dos ACSs, a comprovação de residência na região não foi dos mecanismos mais utilizados como seleção dos profissionais (43%).

Uma análise do processo seletivo dos auxiliares/técnicos de enfermagem aponta a prova prática como o principal mecanismo utilizado (51%) seguido da prova escrita (19%).

**Tabela 31 – B5 Mecanismos de seleção, segundo Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Mecanismos de seleção	ACS		Aux/ tec enfermagem	
	n	%	n	%
a) Entrevista	126	90,0	7	9,7
b) Prova escrita	133	95,0	14	19,4
c) Prova prática	8	5,7	37	51,4

d) Desempenho no curso introdutório	7	5,0	4	5,6
e) Comprovante de residência na área	60	42,9	3	4,2
f) Outro	4	2,9	6	8,3

n = 140 ACS; n = 72 Aux/téc 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 81% dos ACSs passaram por processo seletivo da SMS. A indicação pela associação de moradores ou outra entidade apresentou baixo percentual (1%). Em relação aos auxiliares/técnicos de enfermagem, a forma de ingresso predominante foi por meio de processo seletivo da SMS (50%) e por concurso público (26%).

**Tabela 32 – B4 e B6 Formas de ingresso na Estratégia Saúde da Família, segundo Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Florianópolis (SC), 2008**

Forma de Ingresso	ACS		Aux/ tec enfermagem	
	n	%	n	%
Indicação da Associação de Moradores ou outra entidade comunitária	2	1,4	0	0,0
Indicação de outro profissional da ESF (qualquer categoria)	7	5,0	6	8,3
Processo seletivo da Secretaria Municipal de Saúde	114	81,4	36	50,0
Concurso público	0	0,0	19	26,4
Indicação de gestores	0	0,0	3	4,2
Outro	12	8,6	7	9,7
Não respondeu	5	3,6	1	1,4
Total	140	100,0	72	100,0

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

### Inserção e vínculo profissional

O vínculo de trabalho dos profissionais de todas as categorias é estabelecido predominantemente com a Secretaria Municipal de Saúde. A maioria dos profissionais de nível superior tem contrato de trabalho com a SMS (96%).

**Tabela 33 – B7 Vínculo de trabalho, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Vínculos de trabalho	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Secretaria Municipal de Saúde/ Prefeitura Municipal	59	96,7	67	95,7	126	96,2
Universidade	1	1,6	2	2,9	3	2,3
Fundação de apoio	1	1,6	0	0,0	1	0,8
Outra	0	0,0	1	1,4	1	0,8
Total	61	100,0	70	100,0	131	100,0

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

Entre os ACSs, o percentual dos que têm vínculo de trabalho com a SMS é de 94%, porém 2% estão vinculados a uma empresa prestadora de serviços. Quanto aos auxiliares/ técnicos de enfermagem, 96% deles têm contrato com a SMS e 1% possui vínculo com Fundações de Apoio.

**Tabela 34 – B6 Vínculo de trabalho, segundo Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares/técnicos de Enfermagem Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Vínculos de trabalho	ACS		Aux/ Téc Saúde	
	n	%	n	%
Secretaria Municipal de Saúde/ Prefeitura Municipal	132	94,3	69	95,8
Empresa prestadora de serviços	3	2,1	1	1,4
Outra	2	1,4	1	1,4
Não tem contrato de trabalho	2	1,4	-	-
Não sabe informar	1	0,7	1	1,4
Total	140	100,0	72	100,0

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

Uma análise da forma do contrato de trabalho indica diversidade de vínculos entre as categorias profissionais da equipe. Para os profissionais de nível superior observa-se o predomínio do vínculo Estatutário, principalmente para os médicos (66%), seguido do contrato por regime especial temporário (20%). Em relação aos enfermeiros, os contratos são mais diversificados, predominando os vínculos de contrato por regime especial temporário (51%) e estatutário (31%).

**Tabela 35 – B8 Forma de contrato de trabalho, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Forma de contrato	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Estatutário	40	65,6	22	31,4	62	47,3
Celetista	3	4,9	8	11,4	11	8,4
Contrato por regime especial temporário	12	19,7	36	51,4	48	36,6
Bolsista	2	3,3	3	4,3	5	3,8
Não sabe informar	4	6,6	1	1,4	5	3,8
Total	61	100,0	70	100,0	131	100,0

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

Para os ACSs, o contrato de trabalho é predominantemente celetista, correspondendo a 81% dos profissionais. Quanto aos auxiliares/técnicos de enfermagem, há equilíbrio entre os tipos de vínculos: 49% são estatutários e 42%, contratados por regime temporário.

**Tabela 36 – B7 e B9 Forma de contrato de trabalho, segundo Agentes Comunitários de Saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Forma de contrato	ACS		Aux/ tec enfermagem	
	n	%	n	%
Estatutário	7	5,0	35	48,6
Celetista / CLT	114	81,4	7	9,7
Cedido de outra instituição pública	6	4,3	0	0,0
Contrato por regime especial temporário	0	0,0	30	41,7
Não sabe informar	13	9,3	0	0,0
Total	140	100,0	72	100,0

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

### **Composição da equipe multiprofissional da Saúde da Família**

Quando a Estratégia Saúde da Família foi implantada no município de Florianópolis, em 1998, foram constituídas seis equipes e selecionadas algumas unidades para dar início à nova estratégia. Os profissionais da rede foram convidados a participar, não tendo havido processo de capacitação, seleção ou permuta. A participação dos profissionais implicava a ampliação de sua carga horária mediante aumento de salário, ampliação essa compulsória, o que levava a alguns questionamentos por parte dos profissionais. A carga horária tradicionalmente contratada pela Prefeitura era de 30 horas semanais e, com a ESF, houve proposta de ampliação dessa carga horária para 40 horas a fim de compor as equipes. Em 2002, o número de equipes passou para vinte e quatro, coexistindo um modelo misto de atenção na rede.

A partir dessa expansão, em um segundo momento já de consolidação da ESF, em 2004, realizou-se um primeiro concurso público voltado ao preenchimento das equipes de saúde da família, incluindo vagas para médicos com Especialização em Saúde da Família. Os médicos e enfermeiros concursados foram chamados para compor as ESFs.

A partir de 2005, 50% da rede de atenção já trabalhava na Estratégia Saúde da Família e entre 2005 e 2006, houve incremento das equipes através do aproveitamento dos profissionais do concurso de 2004, que foram entrando gradativamente à medida que terminavam os contratos anteriores. Esse concurso, como já mencionado, veio suprir os contratos que estavam terminando com profissionais especialistas na área.

Na medida em que a Estratégia Saúde da Família se ampliava e eram incorporados novos profissionais, observou-se mudança no perfil em relação aos profissionais que foram contratados pelo município e os antigos, que já estavam na rede, principalmente no que se refere à formação e à titulação (especialização e residência), o que agregou qualidade à proposta, segundo o coordenador da atenção básica.

A composição mínima das Equipes de Saúde da Família é de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde nos moldes preconizados pelo MS. As Equipes de Saúde Bucal são compostas por odontólogos e ACD.

Em dezembro de 2007 havia em Florianópolis 87 equipes de saúde da família e 33 Equipes de Saúde Bucal (em 2005 eram apenas nove Equipes de Saúde Bucal).

Além da equipe básica, existem profissionais de apoio, como psiquiatras e psicólogos, que estão na Estratégia Saúde da Família há cerca de três anos, atuando em algumas unidades e trabalhando no matriciamento das equipes nas regionais. Estes profissionais ficam dentro de uma unidade e se dirigem a outras, para fazer interconsultas.

Entretanto há unidades com pediatras que fazem assistência e recebem pacientes encaminhados pelo médico da própria unidade. Para o coordenador da atenção básica, o pediatra tem essa particularidade na rede, pois existem muitos dessa especialidade no quadro de pessoal.

O coordenador da atenção básica coloca o matriciamento das especialidades como estratégia que está sendo implantada. Há duas especialidades que possuem atuação matricial: a saúde mental e a geriatria.

Neste modelo, os especialistas ficam nas Regionais, mas se reúnem com os médicos de família e os capacitam para a identificação e o tratamento, por exemplo, dos transtornos mentais. Quando esse médico de família tem dificuldade em tratar determinado transtorno mental ou o caso extrapola o seu conhecimento, o especialista atenderá esse caso na Unidade através de consulta agendada. A gerência de atenção básica informa que, muitas vezes, o médico de família acompanha esse atendimento a fim de adquirir maior conhecimento.

Quando a atenção ultrapassa o atendimento ambulatorial, o caso é encaminhado para um dos três CAPS: um, para adulto, outro, para infância e um, para álcool e drogas. Um quarto está sendo qualificado e o coordenador considera isso um avanço, pois hoje existe um CAPS para cada 100 mil habitantes em uma população de 400 mil.

As equipes se organizam de forma diferenciada nas 48 USF, havendo rodízios diários entre elas, ou seja, em cada turno, uma equipe está realizando o acolhimento, enquanto as demais estão fazendo as atividades agendadas de atenção à sua população. Existem Unidades com uma ou duas equipes e a agenda é feita com espaço para consultas marcadas de programas específicos e espaço em aberto para que seja inserida a demanda espontânea.

A maior parte do corpo médico é composta por clínicos e pediatras. Estes foram os profissionais médicos que optaram por ampliar a carga horária com o intuito de compor as equipes. Com o passar dos anos, alguns deles fizeram especialização em Saúde Pública ou em Saúde da Família. Os contratados mais recentes já são especialistas ou médicos com Residência em Medicina de Família e Comunidade.

Nas cinco regionais existem profissionais de quatro a cinco categorias, pelo menos, que fazem também ações inseridas na estratégia da atenção primária. São eles: pediatra, psicólogo, psiquiatra, geriatra e ginecologista. Algumas outras categorias e especialidades aparecem pontualmente em algumas regionais e estão sendo chamadas para compor os futuros NASF.

Atualmente, os psiquiatras têm carga horária de 40 horas semanais e os psicólogos, de 30 horas. Para entrar no NASF, esses profissionais passam a ter que cumprir necessariamente 40 horas semanais, recebendo a gratificação correspondente. Com isso, a SMS pretende ampliar a oferta de serviços, mantendo, no entanto, a lógica de trabalho da ESF, pois o coordenador relata que eles já trabalham com equipes encerradas em um território, realizando interconsultas e discussões de casos clínicos.

**Tabela 37 – Quadro de profissionais da atenção básica, Município de Florianópolis, 2007**

<b>Categoria profissional</b>	<b>N.º total em 31/12/2007</b>
Médico	248
Enfermeiro	154
Auxiliar de enfermagem	84
Odontólogo	100
ACS-Agentes comunitários de saúde	572
Auxiliar de consultório odontológico	42
Técnico em saúde bucal	1
Auxiliar administrativo	128
Motorista	37
Servente	81
Técnico de enfermagem	270

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

### Motivos de escolha para trabalhar em Saúde da Família

Em relação aos motivos de escolha para trabalhar na ESF, tanto médicos (71%) quanto enfermeiros (74%) informam que a principal razão é a identificação do profissional com a proposta da Saúde da Família (*por compartilhar a ideia de que a Estratégia Saúde da Família pode reorganizar a atenção à saúde no SUS*). A segunda afirmativa mais frequente, citada por 54% dos médicos e 60%, foi a percepção de que a Estratégia Saúde da Família pode contribuir para maior controle social da população organizada sobre os serviços de atenção à saúde. Já a possibilidade de ser mercado de trabalho promissor, com salário diferenciado e jornada de trabalho fixa, aparece com percentual bem maior para os enfermeiros (49%) do que para os médicos (18%).

De forma significativa também foi apontado, 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 41% dos médicos e 31% dos enfermeiros.

**Tabela 38 – B3 Motivos da escolha por trabalhar na Estratégia Saúde da Família, segundo Médicos e Enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008**

Motivos	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
a) Porque é mercado de trabalho promissor, com salário diferenciado e uma jornada de trabalho fixa.	11	18,0	34	48,6	45	34,4
b) Por se sentir motivado a trabalhar com as comunidades pobres	9	14,8	12	17,1	21	16,0
c) Porque a Secretaria Municipal de Saúde ofereceu a possibilidade para mudar de prática dentro da rede municipal.	6	9,8	8	11,4	14	10,7
d) Por considerar as atribuições de médicos/enfermeiros do PSF compatíveis com a sua formação e especialização.	25	41,0	22	31,4	47	35,9
e) Por estar desempregado	3	4,9	3	4,3	6	4,6
f) Por compartilhar a ideia de que a Estratégia Saúde da Família pode reorganizar a atenção à saúde no SUS municipal	43	70,5	52	74,3	95	72,5
g) Por compartilhar a ideia de que a Estratégia Saúde da Família pode contribuir para maior controle social da população organizada sobre os serviços de atenção à saúde	33	54,1	42	60,0	75	57,3
h) Outro	17	27,9	4	5,7	21	16,0

n = 61 médicos e n = 70 enfermeiros

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

Cerca de 67% dos ACSs citam que a principal razão para trabalhar na ESF foi o fato de compartilhar a ideia de que a estratégia do PSF pode resolver as necessidades de saúde da comunidade e organizar a atenção de saúde. A segunda principal razão é o fato de ser próximo à residência (59%) ao passo que a motivação para trabalhar com a comunidade própria vem em terceiro lugar com percentual de 49% para essa categoria profissional.

Vale observar que 30% dos ACSs estão no PSF por estarem desempregados, revelando, assim, perfil diferenciado desta categoria perante as demais que compõem a equipe.

**Tabela 39 – B3 Motivo da escolha por trabalhar na Estratégia Saúde da Família, segundo os Agentes Comunitários de Saúde, Florianópolis (SC), 2008**

Motivos	n	%
a) Por estar desempregado	42	30,0
b) Por se sentir motivado a trabalhar com a comunidade pobre	68	48,6
c) Por trabalhar próximo à residência	82	58,6
d) Por suas atribuições serem compatíveis com a sua escolaridade	23	16,4
e) Porque é mercado de trabalho promissor, com salário diferenciado	2	1,4
f) Porque recebe outros benefícios (salário alimentação, auxílio transporte etc.)	9	6,4
g) Por se identificar com a proposta do PSF no município	28	20,0
h) Por compartilhar a ideia de que a estratégia do PSF pode resolver as necessidades de saúde da comunidade e organizar a atenção de saúde	94	67,1
i) Outro	10	7,1

Observação: n = 140 ACS

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

Entre o auxiliares/técnicos de enfermagem, o fato de compartilhar a ideia de que a estratégia do PSF pode resolver as necessidades de saúde da comunidade e organizar a atenção de saúde é também a principal razão para trabalhar na Estratégia Saúde da Família que aparece com maior frequência (69%). Em seguida, foram mencionadas a motivação para trabalhar com comunidade pobre (36%) e a identificação com a proposta do Saúde da Família no município (29%).

**Tabela 40 – B5 Motivos da escolha por trabalhar na Estratégia Saúde da Família, segundo Auxiliares/ Técnicos de Enfermagem, Florianópolis (SC), 2008.**

Motivos	n	%
a) Por estar desempregado	3	4,2
b) Por se sentir motivado para trabalhar com a comunidade pobre	26	36,1
c) Por trabalhar próximo à residência	11	15,3
d) Por suas atribuições serem compatíveis com a sua escolaridade	19	26,4
e) Porque é mercado de trabalho promissor, com salário diferenciado	13	18,1
f) Porque recebe outros benefícios (salário alimentação, auxílio transporte etc.)	7	9,7
g) Por se identificar com a proposta do PSF no município	21	29,2
h) Por compartilhar a ideia de que a estratégia do PSF pode resolver as necessidades de saúde da comunidade e organizar a atenção de saúde	50	69,4
i) Outro	4	5,6

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

Observa-se, portanto, que os principais fatores de atração de todos os profissionais estão ligados à identificação com a proposta da Estratégia Saúde da Família, por acreditar que é a forma adequada de se organizar o serviço de atenção à saúde. Para os ACSs, no entanto,



trabalhar na ESF também aparece como oportunidade de emprego, além de ser trabalho próximo a suas moradias.

#### 4. ATUAÇÃO ANTERIOR E REMUNERAÇÃO

A pesquisa também procurou saber sobre a atuação anterior dos profissionais na Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Observou-se que 31% dos médicos e 19% dos enfermeiros já trabalhavam na SMS antes de integrarem uma equipe de saúde da família. Assim, observa-se que a maior parte dos profissionais, sobretudo enfermeiros, foi contratada pelo município para trabalhar especificamente na ESF.

**Tabela 41 – B4 Trabalho anterior à Estratégia Saúde da Família na Secretaria Municipal de Saúde deste município, segundo Médicos e Enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008**

Trabalho anterior	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	19	31,1	13	18,6	32	24,4
Não	42	68,9	56	80,0	98	74,8
Não respondeu	0	0,0	1	1,4	1	, 8
Total	61	100,0	70	100,0	131	100,0

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

No que se refere aos auxiliares/ técnicos de enfermagem, o cenário é semelhante, pois 60% foram contratados para trabalhar no programa.

**Tabela 42 – B3 Trabalho anterior à Estratégia Saúde da Família na Secretaria Municipal de Saúde deste município, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Florianópolis (SC), 2008**

Trabalho anterior	n	%
Sim	28	38,9
Não	43	59,7
Não Respondeu	1	1,4
Total	72	100,0

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

Do total de profissionais que já trabalhavam na SMS, 84% dos médicos e 69% dos enfermeiros atuavam em Posto/Centro de saúde, ou seja, já eram profissionais da atenção primária à saúde.

**Tabela 43 – B5 Local de trabalho na SMS deste município antes de ingressar na Estratégia Saúde da Família, segundo Médicos e Enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008**

Local de trabalho	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Posto/Centro de Saúde	16	84,2	9	69,2	25	78,1
Nível de gestão municipal	1	5,3	3	23,1	4	12,5
Outro	2	10,5	1	7,7	3	9,4
Total	19	100,0	13	100,0	32	100,0

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

Também entre os auxiliares/técnicos de enfermagem, a maioria (79%) já era profissional da atenção primária à saúde e atuava em Posto/Centro de saúde. Estes dados refletem o total de profissionais que mudaram sua forma de atuação do modelo convencional para o modelo da ESF em Florianópolis a partir da implementação da estratégia no município.

**Tabela 44 – B4 Local de trabalho na SMS deste município antes de ingressar na Estratégia Saúde da Família, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Florianópolis (SC) 2008**

Local de trabalho	n	%
Posto/Centro de Saúde	23	79,3
Hospital	2	6,9
Outro	2	6,9
Não Respondeu	2	6,9
Total	29	100,0

$n = 28(\text{Sim}/\text{B3}) + 1(\text{Não Respondeu}/\text{B3}) = 29$

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

Os profissionais de nível superior cumprem, em sua maioria, 40 horas semanais com dedicação exclusiva, tendo percentuais de 74% no caso dos médicos e 87%, para os enfermeiros. Um número reduzido de trabalhadores afirma ter flexibilidade para exercer outra atividade além do trabalho na ESF: enquanto esta flexibilidade existe para 25% dos médicos, apenas 10% dos enfermeiros afirmam trabalhar 40 horas com flexibilidade para outras atividades.

**Tabela 45 – B9 Carga horária semanal na Estratégia da Família, segundo Médicos e Enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008**

Carga Horária	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
30 horas semanais obrigatórias	0	0,0	1	1,4	1	0,8
40 horas semanais com dedicação exclusiva	45	73,8	61	87,1	106	80,9
40 horas semanais, com flexibilidade para outra atividade	15	24,6	7	10,0	22	16,8
Outro	1	1,6	1	1,4	2	1,5
Total	61	100,0	70	100,0	131	100,0

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

Na categoria de ACS, a dedicação exclusiva ao trabalho na ESF é mais frequente, ocorrendo para 85% do total. Uma parcela equivalente a 9% cumpre a carga horária de 40 horas semanais com flexibilidade para exercer outras atividades.

**Tabela 46 – B8 Carga horária semanal na Estratégia Saúde da Família, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Florianópolis (SC), 2008**

Carga horária	n	%
20 horas semanais obrigatórias	2	1,4
40 horas semanais com dedicação exclusiva	119	85,0
40 horas semanais, com flexibilidade para outra atividade	13	9,3
Outro	1	,7
Não respondeu	5	3,6
Total	140	100,0

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

No que se refere aos auxiliares/técnicos de enfermagem, 78% trabalham 40 horas semanais com dedicação exclusiva e 12%, com flexibilidade para outra atividade além do trabalho na ESF.

**Tabela 47 – B10 Carga horária semanal na Estratégia Saúde da Família, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Florianópolis (SC), 2008**

Carga Horária	n	%
20 horas semanais obrigatórias	1	1,4
30 horas semanais	1	1,4
40 horas semanais com dedicação exclusiva	56	77,8
40 horas semanais, com flexibilidade para outra atividade	9	12,5
Outro	4	5,6
Não Respondeu	1	1,4
Total	72	100,0

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

Dada a dificuldade de atração dos médicos da rede pública de saúde do município ao PSF em função da exigência do cumprimento das 40h semanais e dedicação exclusiva, foi criado, em 2003, um incentivo remuneratório para aqueles que optassem por trabalhar no Programa. Em julho de 2007, esta modalidade foi substituída pela gratificação do PSF em seu valor máximo, extensiva a todas as categorias e às diferentes formas de contrato, para os profissionais que tivessem algum nível de especialização.

A gratificação salarial funcionou como incentivo para que os médicos migrassem da rede básica tradicional para o PSF. Atualmente, o salário inicial de um médico com 30 horas semanais na rede, independente de ter residência ou não, é de R\$ 1.509,56. Caso ele integre o PSF como especialista, o vencimento deste profissional passa a ser de R\$ 6.146,87 e, para aqueles que não têm especialização ou residência, de R\$ 4.721,29.

Ainda na linha do incentivo, foi criado o auxílio-combustível por decreto da Prefeitura, que é dado a determinadas categorias, como médicos, enfermeiros e odontólogos, ficando fora do decreto as categorias de nível médio e fundamental. Frente à insatisfação dos grupos excluídos deste benefício, foi assinado um acordo coletivo que reviu a indenização do combustível e estipulou, para as categorias de médicos, odontólogos e enfermeiros, uma indenização de gasolina e, para os demais profissionais, o vale-transporte. O valor deste auxílio tem como referência a distância entre a SMS e o local de trabalho do profissional e os dias úteis de trabalho, o valor podendo chegar a R\$440,00 por mês.

**Tabela 48 – Remuneração dos profissionais da ESF, município de Florianópolis, 2008**

Categoria Profissional	Carga Horária	Salário Base do PSF por vínculo			Gratificação PSF	Remuneração Total
		Estatutário	Contrato T.	Emp. público		
Médico s/ esp.	220	1.635,64	1.635,64	-	3.089,65	4.725,29
Médicos c/ esp.	220	1.635,64	1.635,64	-	4.725,29	6.142,87
Enfermeiro	220	880,86	880,86	-	2.426,84	3.307,70
Odontólogo	220	1.635,64	1.635,64	-	2.617,11	4.252,75
Aux. enf.	220	-	-	-	-	-
ACS	220	-	-	644,35	-	644,35
Outros	-	-	-	-	-	-
ACD	220	572,17	-	-	372,18	945,05
Téc. enf.	220	670,92	670,92	-	510,40	1.181,32

(\*) carga horária igual.

Fonte: SMS em junho de 2008.

O secretário municipal de saúde defende a criação de um Plano de Carreiras, Cargos e Salários específico para a Saúde, em nível nacional, e um piso salarial por categoria profissional também estabelecido nacionalmente: “O governo tinha que recompensar esse

*“... piso para os Municípios que não tivessem capacidade para isso. O ideal seria que tivéssemos remuneração adequada para todos os profissionais. Queremos profissionais competentes com salários adequados, instalações adequadas e sistemas coordenados”* (secretário municipal de saúde).

O secretário informa que os municípios brasileiros estão há cinco anos sem reajuste para o incentivo da Saúde da Família. Afirma que, para o Município, os custos com profissionais excedem em muito os incentivos do MS e que não há como manter a Estratégia com este orçamento.

O coordenador da atenção básica defende a ideia de que o Plano de Carreiras, Cargos e Salários deva estimular o profissional a permanecer mais tempo no Município e, para isso, o Plano deve prever um vencimento progressivo, que privilegie a formação e o tempo de serviço, de modo que os profissionais mais antigos recebam mais do que os que estão ingressando na carreira. Para ele, a gratificação de titulação deveria ser tanto maior quanto maior fosse o grau de titulação: residência, especialização, mestrado e doutorado. Ainda segundo o coordenador, há uma proposta no Ministério da Saúde de dar incentivo financeiro para as equipes que tenham profissionais titulados.

Outro aspecto analisado pela pesquisa diz respeito à remuneração bruta recebida. Observa diferença significativa entre as faixas salariais dos profissionais de nível superior entrevistados. Enquanto 56% dos médicos informam a remuneração bruta na faixa entre R\$6.001,00 e R\$ 8.000,00, os enfermeiros (84%) informam perceber entre R\$2.000,00 e R\$4.000,00.

**Tabela 49 – B10 Remuneração bruta total, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Remuneração	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Até R\$ 2.000,00	2	3,3	6	8,6	8	6,1
De R\$ 2.001,00 até R\$ 4.000,00	2	3,3	59	84,3	61	46,6
De R\$ 4.001,00 até R\$ 6.000,00	23	37,7	4	5,7	27	20,6
De R\$ 6.001,00 até R\$ 8.000,00	34	55,7	0	0,0	34	26,0
Não respondeu	0	0,0	1	1,4	1	0,8
Total	61	100,0	70	100,0	131	100,0

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

No caso dos ACSs, mais da metade dos profissionais (51%) declararam perceber entre R\$601,00 e R\$800,00 e 23%, entre R\$401,00 e R\$600,00.

**Tabela 50 – B10 Remuneração bruta total, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Remuneração	n	%
Até R\$ 400,00	3	2,1
De R\$ 401,00 até R\$ 600,00	32	22,9
De R\$ 601,00 até R\$ 800,00	72	51,4
De R\$ 801,00 até R\$ 1.000,00	21	15,0
Não respondeu	12	8,6
Total	140	100,0

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

A remuneração de 42% dos auxiliares/técnicos de enfermagem está acima de R\$1.000,00. No entanto, o mesmo percentual destes profissionais percebe remuneração até R\$600,00 demonstrando amplitude considerável nas remunerações destes trabalhadores.

**Tabela 51 – B11 Remuneração bruta total, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Remuneração	n	%
Até R\$ 400,00	6	8,3
De R\$ 401,00 até R\$ 600,00	24	33,3
De R\$ 601,00 até R\$ 800,00	3	4,2
De R\$ 801,00 até R\$ 1.000,00	7	9,7
Mais de R\$ 1.001,00	30	41,7
Não Respondeu	2	2,8
Total	72	100,0

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

A pesquisa também investigou a existência de alguma forma de benefício ou complementação salarial para atuação na ESF. Cerca de 86% dos profissionais de nível superior afirmam receber algum tipo de benefício.

**Tabela 52 – B11 Existência de alguma forma de benefício ou complementação salarial para atuação na Estratégia Saúde da Família, segundo Médicos e Enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008**

Benefício	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	54	88,5	59	84,3	113	86,3
Não	6	9,8	9	12,9	15	11,5
Não respondeu	1	1,6	2	2,9	3	2,3
Total	61	100,0	70	100,0	131	100,0

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

Entre os benefícios informados pelos profissionais de nível superior das ESFs, destacam-se o auxílio alimentação (76%), seguido do auxílio transporte (67%) e a insalubridade (63%).

**Tabela 53 – B12 Tipo de benefício ou complementação salarial recebida para atuação na Estratégia Saúde da Família, segundo Médicos e Enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008**

Benefício	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
a) Insalubridade	37	60,7	46	65,7	83	63,4
b) Auxílio transporte	44	72,1	44	62,9	88	67,2
c) Auxílio alimentação	46	75,4	53	75,7	99	75,6
d) Para atuação em área de risco	1	1,6	1	1,4	2	1,5
f) Outras	19	31,1	15	21,4	34	26,0

n = 61 médicos e n = 70 enfermeiros

Especificação de outras: aumento carga horária, auxílio combustível, dedicação exclusiva, gratificação de chefia, gratificação titulação, gratificação PSF (29).

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

Já para os ACSs as respostas são distintas daquelas dos profissionais citados acima, uma vez que um número significativo de pessoal (39%) não recebe benefício/complementação.

**Tabela 54 – B11 Existência de alguma forma de benefício ou complementação salarial para atuação na Estratégia Saúde da Família, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Florianópolis (SC), 2008**

Benefício	n	%
Sim	76	54,3
Não	54	38,6
Não respondeu	10	7,1
Total	140	100,0

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

Dos 54% ACS que recebem algum tipo de complementação salarial, a maioria menciona o auxílio alimentação (56%), seguido da insalubridade (53%).

**Tabela 55 – B12 Tipo de benefício ou complementação salarial para atuação na Estratégia Saúde da Família, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Florianópolis (SC), 2008**

Benefício	n	%
a) Insalubridade	74	52,9
b) Auxílio transporte	41	29,3
c) Auxílio alimentação	78	55,7
d) Para atuação em área de risco	3	2,1

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

Quanto aos auxiliares/técnicos de enfermagem, 72% declaram receber alguma forma de complementação salarial para atuar no Saúde da Família.

**Tabela 56 – B12 Existência de alguma forma de benefício ou complementação salarial para atuação na Estratégia Saúde da Família, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Florianópolis (SC), 2008**

Benefício	n	%
Sim	52	72,2
Não	16	22,2
Não Respondeu	4	5,6
Total	72	100,0

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

Os tipos de complementação salarial mais informados pelos auxiliares/ técnicos de enfermagem foram: auxílio alimentação (53%), insalubridade (50%) e auxílio transporte (40%).

**Tabela 57 – B13 Tipo de benefício ou complementação salarial para atuação na Estratégia Saúde da Família, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Florianópolis (SC), 2008**

Benefício	n	%
a) Insalubridade	36	50,0
b) Auxílio transporte	29	40,3
c) Auxílio alimentação	38	52,8
d) Para atuação em área de risco	4	5,6
e) Por desempenho	4	5,6
f) Outras	9	12,5

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

A maior parte dos profissionais de nível superior considera que a remuneração recebida não está compatível com as atribuições exercidas, percepção esta que é mais fortemente observada na categoria dos médicos (79%). Os enfermeiros têm opinião mais dividida: embora 51% dos profissionais mencionem a compatibilidade, 46% consideram que a remuneração é incompatível com as atribuições desempenhadas.

**Tabela 58 – B13 Opinião sobre a compatibilidade da remuneração com as atribuições, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Compatibilidade: salário e atribuições	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	12	19,7	32	45,7	44	33,6
Não	48	78,7	36	51,4	84	64,1
Não respondeu	1	1,6	2	2,9	3	2,3
Total	61	100,0	70	100,0	131	100,0

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



Os auxiliares/técnicos de enfermagem apresentam percentuais próximos aos dos enfermeiros. Para esta categoria, a incompatibilidade entre remuneração e atribuições é de 53%.

**Tabela 59 – B14 Opinião sobre a compatibilidade da remuneração com as atribuições, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Compatibilidade: salário e atribuições	n	%
Sim	30	41,7
Não	38	52,8
Não Respondeu	4	5,6
Total	72	100,0

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

Na categoria dos ACSs, o quadro se inverte. Na percepção de 54% dos profissionais, a remuneração é compatível com as atribuições.

**Tabela 60 – B13 Opinião sobre a compatibilidade da remuneração com as atribuições, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Compatibilidade: salário e atribuições	n	%
Sim	76	54,3
Não	60	42,9
Não respondeu	4	2,9
Total	140	100,0

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

Observa-se que 79% dos profissionais de nível superior têm dedicação exclusiva ao trabalho nas ESFs. Os enfermeiros (89%) apresentam percentual mais elevado que os médicos (67%).

**Tabela 61 – B14 Existência de outro vínculo de trabalho, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Outro vínculo	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	19	31,1	7	10,0	26	19,8
Não	41	67,2	62	88,6	103	78,6
Não respondeu	1	1,6	1	1,4	2	1,5
Total	61	100,0	70	100,0	131	100,0

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

Dentre os profissionais que exercem outras atividades, 26% dos médicos e mais da metade dos enfermeiros (57%) trabalham em Hospital Público.

**Tabela 62 – B15 Local do segundo vínculo de trabalho, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Local	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Hospital público	5	26,3	4	57,1	9	34,6
Clínica/Ambulatório privado	4	21,1	0	0,0	4	15,4
Pronto-socorro/ emergência	1	5,3	1	14,3	2	7,7
Universidade como docente	3	15,8	2	28,6	5	19,2
Outro serviço	6	31,6	0	0,0	6	23,1
Total	19	100,0	7	100,0	26	100,0

n = 19 médicos e n = 7 enfermeiros que declararam ter outro vínculo de trabalho

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

A carga horária semanal da outra atividade laborativa ocupa 20 horas para 58% dos médicos e para 43% dos enfermeiros.

**Tabela 63 – B14 AUX Carga horária semanal do outro vínculo de trabalho, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Carga horária	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
8 horas	1	5,3	0	0,0	1	3,8
12 horas	1	5,3	0	0,0	1	3,8
15 horas	1	5,3	0	0,0	1	3,8
20 horas	11	57,9	3	42,9	14	53,8
30 horas	0	0,0	4	57,1	4	15,4
36 horas	1	5,3	0	0,0	1	3,8
48 horas	1	5,3	0	0,0	1	3,8
Não respondeu	3	15,8	0	0,0	3	11,5
Total	19	100,0	7	100,0	26	100,0

n = 19 médicos e n = 7 enfermeiros que declararam ter outro vínculo de trabalho

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

Na categoria dos auxiliares/técnicos de enfermagem, 86% dos profissionais afirmam ter dedicação exclusiva.

**Tabela 64 – B15 Existência de outro vínculo de trabalho, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Outro vínculo	n	%
Sim	8	11,1
Não	62	86,1
Não Respondeu	2	2,8
Total	72	100,0

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

Dos oito auxiliares/técnicos de enfermagem que declararam ter outro vínculo, 63% trabalham em Hospital Público.

**Tabela 65 – B16 Local de trabalho do segundo vínculo de trabalho dos Auxiliares/Técnicos de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Local	n	%
Hospital público	5	62,5
Acompanhamento de doentes em domicílios	1	12,5
Outro serviço	1	12,5
Não Respondeu	1	12,5
Total	8	100,0

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

A carga horária semanal do segundo vínculo de trabalho informada pelos auxiliares/técnicos de enfermagem é de 30 horas semanais para 38% dos respondentes.

**Tabela 66 – B15 AUX Carga horária semanal do segundo vínculo de trabalho dos Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Carga horária	n	%
12 x 36 h	1	12,5
30	3	37,5
30 (noturno)	1	12,5
40	1	12,5
40 noturno	1	12,5
Não respondeu	1	12,5
Total	8	100,0

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

Há evidências de que a desestruturação e a desregulamentação do mercado de trabalho observadas a partir da década de 1990 também provocaram impacto na qualidade do emprego na saúde, refletindo-se diretamente na queda da renda no caso dos médicos 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 consequências observadas neste contexto (Pereira-Neto, 1995; Machado, 1997; Silva e Costa, 2002; Girardi e Carvalho, 2003; Machado, 2003; CFM, 2004; Maciel Filho e Pierantoni, 2004). Em Florianópolis, contudo, a realização de concurso público para a ESF tem contrarrestado esta tendência.

## **5. ROTATIVIDADE E ESTRATÉGIAS PARA FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS**

De acordo com os gestores da SMS, a rotatividade dos profissionais efetivos é baixa, ao contrário dos profissionais contratados temporariamente, que apresentam alta rotatividade, causando problemas ao desenvolvimento dos serviços.

Em 2004, 105 profissionais foram aprovados em concurso público e chamados, dos quais apenas 40 optaram por ingressar nos quadros do município. Além da dificuldade de atrair novos quadros, o município enfrenta o problema do baixo nível de aprovação, já citado, o que aumenta a necessidade de realização de novos concursos e amplia o quadro de temporários, estes sim, com alto índice de rotatividade.

Em concurso realizado recentemente foram chamados 13 profissionais e está sendo aberto um terceiro processo seletivo. Dentro das ESFs, no quadro de efetivos, são os médicos que apresentam rotatividade mais alta. Os dentistas têm rotatividade pequena, quase insignificante, bem como os enfermeiros, que já têm tradição de trabalho na rede pública, informaram os gestores.

Para o gestor municipal da saúde, as razões que tornam o setor público de saúde em Florianópolis atraente são: i) a oferta de profissionais de saúde em função da proliferação de cursos de medicina e enfermagem no setor privado; ii) a falta de residência médica para especialistas; iii) a questão salarial; iv) a proposta da SMS de aperfeiçoamento profissional através da possibilidade de se frequentar cursos e congressos.

Os profissionais têm a oportunidade de fazer cursos de mestrado e doutorado, pois há possibilidade de flexibilização da carga horária para este fim. Já os servidores temporários não têm os mesmos direitos que os efetivos, como, por exemplo, liberação para cursos de especialização, a menos que seja promovida pela Prefeitura. Se for por iniciativa do servidor temporário, não haverá a liberação, uma vez que o contrato deste servidor é de dois anos. No caso dos efetivos, quando o profissional sai para fazer especialização, patrocinada ou não pela Prefeitura, ele assina um termo de compromisso se comprometendo a ficar no posto de trabalho por mais dois anos depois do término da especialização.

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 SMS para enfrentamento dessa questão, destacam-se a realização de concursos públicos, a

contratação de especialistas em Saúde da Família, o investimento na capacitação e os incentivos salariais.

A baixa permanência dos contratos temporários na ESF envolve duas questões centrais, principalmente em relação aos médicos: a carga horária de 40 horas e a dedicação exclusiva. A assessora de recursos humanos destaca: *“Então, este profissional vai embora assim que surge qualquer outra oportunidade para ganhar o mesmo valor sem essas exigências. Todo mês há pedido de exoneração de médico. Em geral, esse médico fica entre quatro a cinco meses, mas há casos em que fica uma semana. Já chegamos a ter oito pedidos no mês, sempre para os contratados”*.

No sentido de minimizar este problema, o coordenador da atenção básica informa que a SMS está tentando encaminhar uma proposta de mudança, via Projeto de Lei, para a Câmara Municipal, que possibilite dar a gratificação do PSF em função do número de horas trabalhadas, o que abre a possibilidade de que os médicos possam optar pela carga horária de 20h sem perder a remuneração.

Para a compreensão da rotatividade sob a perspectiva dos profissionais, identificou-se inicialmente o tempo de atuação no município e a sua permanência na mesma equipe. Do mesmo modo buscou-se conhecer a percepção dos médicos e dos enfermeiros sobre possíveis razões de insatisfação que possam contribuir para a rotatividade nesse trabalho.

Sobre o tempo de atuação dos profissionais de nível superior no município, como visto na segunda seção deste capítulo (perfil das ESFs), tabela B1, 27% dos profissionais atuam no município há mais de quatro anos, percentual maior entre os médicos (30%) do que entre os enfermeiros (24%), cujo tempo de inserção mais frequente (49%) é inferior a um ano.

Entre os ACSs, 46% desses profissionais atuam há mais de cinco anos no município de Florianópolis e 41%, entre dois a cinco anos (tabela B1). No caso dos auxiliares/técnicos de enfermagem, a situação é distinta, pois há distribuição mais equitativa no tempo de atuação da ESF e apenas pouco mais de um quarto desses profissionais (26%) tem tempo superior a cinco anos.

Uma análise deste item da pesquisa indica que a maior frequência entre os médicos e ACS entrevistados é para tempo superior a quatro anos de trabalho no município, enquanto entre enfermeiros predominam profissionais com tempo de inserção menor do que um ano. Os ACSs apresentam o maior percentual de profissionais com tempo superior a cinco anos no

município de Florianópolis (46%) seguidos dos médicos, dos quais 30% estão participando da ESF há mais de quatro anos.

A atuação dos profissionais de nível superior na mesma equipe na ESF é de 60%, porém os enfermeiros (70%) têm percentual maior que os médicos (49%). Já o número de médicos que atuam em mais de uma equipe do PSF neste município, tendo mudado por necessidade gerencial, alcança o índice de 30%, bem superior aos dos enfermeiros, que é de 9%.

**Tabela 67 – B2 Atuação na Estratégia Saúde da Família deste município dos Médicos e Enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008**

Local de atuação	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sempre nesta mesma equipe	30	49,2	49	70,0	79	60,3
Em mais de uma equipe do PSF neste município, tendo mudado por necessidade gerencial	17	27,9	6	8,6	23	17,6
Em mais de uma equipe do PSF neste município, tendo mudado a seu pedido	13	21,3	13	18,6	26	19,8
Em mais de uma equipe do PSF neste município, tendo mudado por necessidade gerencial ou a seu pedido	1	1,6	2	2,9	3	2,3
Total	61	100,0	70	100,0	131	100,0

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

Ao analisar os dados relacionados aos ACSs entrevistados, verifica-se que 79% sempre permaneceram na mesma equipe. Aqueles que atuaram em mais de uma equipe e mudaram por necessidade gerencial correspondem a 10% do total dos entrevistados.

**Tabela 68 – B2 Atuação na Estratégia Saúde da Família deste município dos Agentes Comunitários de Saúde, Florianópolis (SC), 2008**

Local de atuação	n	%
Sempre nesta mesma equipe	110	78,6
Em mais de uma equipe do PSF neste município, tendo mudado por necessidade gerencial	14	10,0
Em mais de uma equipe do PSF neste município, tendo mudado a seu pedido	7	5,0
Em mais de uma equipe do PSF neste município, tendo mudado a seu pedido e por necessidade gerencial	1	,7
Não respondeu	8	5,7
Total	140	100,0

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

Entre os auxiliares/técnicos de enfermagem, a maioria também apresenta alto percentual (76%) de permanência na mesma equipe. Dos que mudaram, 13% declararam que o fizeram por necessidade gerencial.

**Tabela 69 – B2 Atuação Estratégia Saúde da Família deste município dos auxiliares/técnicos de enfermagem, Florianópolis (SC), 2008**

Local de atuação	n	%
Sempre nesta mesma equipe	55	76,4
Em mais de uma equipe do PSF neste município, tendo mudado por necessidade gerencial.	9	12,5
Em mais de uma equipe do PSF neste município, tendo mudado a seu pedido	5	6,9
Não Respondeu	3	4,2
Total	72	100,0

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

Prevalece a atuação dos profissionais sempre na mesma ESF, independente da categoria profissional, no entanto é maior entre os médicos o percentual tanto daqueles que mudaram de equipe por necessidade gerencial ou por próprio pedido.

As **principais** razões para insatisfação e rotatividade, na percepção dos médicos e enfermeiros pesquisados, estão relacionadas aos seguintes fatores:

- i) Condições de trabalho precárias (médicos 71% e enfermeiros 31%);
- ii) remuneração inadequada dos profissionais (médicos 62% e enfermeiros 34%);
- iii) Instabilidade do vínculo (médicos 54% e enfermeiros 64%).

Também foram apontados os seguintes fatores:

- i) baixa oportunidade de progressão profissional (médicos 57% e enfermeiros 11%);
- ii) baixo comprometimento dos profissionais com o PSF (médicos 49% e enfermeiros 36%);
- iii) formação prévia dos profissionais incompatível com modelo proposto (médicos 46% e enfermeiros 29%).

**Tabela 70 – B18 Razões para a insatisfação e rotatividade na Estratégia Saúde da Família dos Médicos e Enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008**

Razões para a insatisfação e rotatividade	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
a) Instabilidade do vínculo	33	54,1	45	64,3	78	59,5
b) Remuneração inadequada dos profissionais	38	62,3	24	34,3	62	47,3
c) Condições de trabalho precárias (infra-estrutura deficiente das unidades de saúde, insumos insuficientes)	43	70,5	22	31,4	65	49,6
d) Exigência da carga horária integral	27	44,3	17	24,3	44	33,6
e) Formação prévia dos profissionais incompatível com modelo proposto	28	45,9	20	28,6	48	36,6
f) Existência de outras oportunidades de emprego	11	18,0	7	10,0	18	13,7
g) Baixa oportunidade de progressão profissional	35	57,4	8	11,4	43	32,8
h) Baixa oportunidade de capacitação e formação profissional	22	36,1	9	12,9	31	23,7
i) Baixo comprometimento dos profissionais com o PSF	30	49,2	25	35,7	55	42,0
j) Falta de garantia de acesso a outros níveis de atenção	25	41,0	11	15,7	36	27,5
k) Baixa resolutividade das Unidades de Saúde da Família	10	16,4	12	17,1	22	16,8
l) Motivos pessoais	10	16,4	7	10,0	17	13,0
m) Outro	9	14,8	5	7,1	14	10,7
n) Não sabe informar	0	0,0	1	1,4	1	0,8

n = 61 médicos e n = 70 enfermeiros

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

Em relação à **rotatividade dos profissionais**, vale destacar que os principais itens apontados pelos profissionais como razões para insatisfação já são amplamente discutidos por estudos que tratam da gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família (L. F., 1999; Fred W.E Paynter, 2001; Seixas e Stella, 2002; Moore, Showstack, 2003; Campos, 2005; Gugliemi, 2006; Pinto, Póvoa, L.; Andrade, M. V. 2006; Rabinowitz, Diamond, Markham, Seixas, 2006:).

Assim, os desafios para a gestão do trabalho em Florianópolis 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 profissionais.



A influência da formação dos médicos possui papel fundamental para consolidar o alinhamento dos profissionais com os princípios orientadores da Estratégia Saúde da Família, contribuindo também, de certa maneira, para o comprometimento dos profissionais com esse modelo de atenção.

Vale reforçar que as condições precárias de trabalho foram apontadas como fator de maior frequência quanto à insatisfação e aos possíveis motivos para rotatividade. Nesse sentido, vale resgatar a avaliação dos profissionais médicos de que a sua remuneração atual é incompatível com suas expectativas e, para os enfermeiros, a instabilidade dos vínculos aparece como forte razão para insatisfação e rotatividade na ESF.

## **6. CAPACITAÇÃO PARA O PSF**

O programa de capacitação da SMS é de responsabilidade do Setor de Desenvolvimento Institucional. Há também um convênio com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) para a realização de um curso de Especialização em PSF, através do qual a Universidade destina um percentual de vagas aos servidores do município. Estes cursos são extensivos aos servidores efetivos e aos temporários.

Apesar de o projeto de integração docente-assistencial da Rede Docente-Assistencial, integrada pela Prefeitura de Florianópolis e pela Universidade Federal de Santa Catarina, ser considerado o carro chefe do Programa de Capacitação da ESF em Florianópolis pelo secretário de saúde e pelos gestores, este não é um programa de capacitação para os profissionais da SMS. Trata-se de um programa da Universidade, destinado a alunos da área de ciências da saúde, no qual a rede municipal de saúde funciona como campo de prática e os profissionais da rede, supervisores de estágio.

Existe o convênio 'chapéu', que cobre várias atividades, coordenado por gestores da Secretaria Municipal da Prefeitura, da Universidade e do Hospital Universitário através do Comitê Gestor da Rede Docente-Assistencial (RDA).

Essa relação entre Universidade e Prefeitura existe desde 1981. No início, a Universidade colocava três médicos em Unidades da SMS. Aos poucos, este número foi crescendo e o Projeto, se expandiu, encaminhando-se os alunos com base em sua vontade de participar do Programa. Em 1997, esta participação foi institucionalizada com a criação do internato na área de medicina. Este processo se estendeu até 2003, com a média de quatro alunos de

internato por dia na rede. Em 2003, os alunos de medicina passaram a poder ingressar no Programa desde a primeira fase do curso.

Em maio de 2006, o programa de inserção de alunos de graduação na rede básica de serviços passou a chamar-se Rede Docente Assistencial (RDA), com participação dos cursos de Medicina, Enfermagem, Odontologia, Nutrição, Psicologia, Farmácia, Serviço Social e Educação Física. A Rede Docente-Assistencial tem por objetivo promover maior integração entre ensino, pesquisa e extensão, serviço e comunidade, favorecendo a formação de profissionais mais voltados à realidade e aos princípios do SUS, o que constitui um dos principais resultados da mudança na formação dos alunos.

Com esta iniciativa, pretende-se intervir na formação dos profissionais médicos, inserindo-os precocemente no novo modelo assistencial que se coloca na Estratégia Saúde da Família. A inserção dos estudantes de medicina acontece desde o primeiro período até o final do curso e, na primeira fase, as atividades dos alunos são vinculadas à territorialização e ao reconhecimento da comunidade e seus principais problemas.

Os supervisores são médicos da SMS, em sua maioria, alguns ligados à Universidade. Mas o corpo principal dos supervisores da rede no curso de Medicina é da Prefeitura Municipal de Florianópolis. Da primeira à quarta fase, esse curso fornece bolsas aos supervisores, através do Departamento de Saúde Pública. Em geral são professores substitutos ou bolsistas que permanecem por dois anos. Nas demais profissões, o acompanhamento é feito por docentes das áreas específicas.

Mesmo com tal investimento, o coordenador da RDA avalia que o impacto desta experiência na escolha da especialidade médica pelos egressos dos cursos de Medicina é ainda pequeno, se for tomada como referência a procura pela Residência em Saúde da Família. Para ele, estas escolhas estão sobredeterminadas pelo modelo médico-assistencial hegemônico e pelo mercado de trabalho. Considera que, se não houver mudança de paradigma terapêutico, não se consegue mudar condutas ou escolhas no campo da medicina: *“Se não houver mudança do paradigma terapêutico, não se consegue modificar nada... 90% do tempo de formação está voltado para as especialidades. O aluno continua trabalhando dentro do hospital e vendo especialidade... Não acho que, hoje, a Saúde da Família muda paradigma.”* (chefe do serviço de saúde pública do HU). O coordenador observa que quando se iniciou o internato na área de saúde da família, houve aumento na procura por esta área, mas que esta procura não evoluiu.

Apesar destas dificuldades, o secretário municipal de saúde considera a formação através da Residência Médica em Saúde da Família e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família como estratégias importantes na consolidação do modelo, mas não exclui a necessidade de investimento em capacitação clínica para os profissionais. Pensa que é fundamental haver competência e capacidade para resolver os problemas da população, além de atendimento adequado. *“Essa é uma preocupação constante da nossa parte, a ponto de estabelecermos acordos com várias entidades. Fizemos cordo com a Associação Médica Catarinense e foram realizadas capacitações clínicas em Cirurgia, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica e Assistência à Família. Os profissionais estão perdendo a competência para o trabalho”* (secretário municipal de saúde).

Na pesquisa de campo, constatou-se que a maior parte dos profissionais de nível superior (72%) aponta a existência de incentivos do município à sua formação.

**Tabela 71 – B16 Percepção sobre incentivo do município à formação, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Incentivo	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	43	70,5	51	72,9	94	71,8
Não	15	24,6	18	25,7	33	25,2
Não respondeu	3	4,9	1	1,4	4	3,1
Total	61	100,0	70	100,0	131	100,0

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

Para estes profissionais, os principais incentivos são: liberação para a realização de cursos (57%); apoio à participação em eventos científicos (35%) e adicional financeiro de titulação (28%).

**Tabela 72 – B17 Tipo de incentivos à formação recebidos, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Tipos de incentivo	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
a) Liberação de carga horária para realização de cursos	34	55,7	41	58,6	75	57,3
b) Realização de parcerias para oferta de cursos	13	21,3	17	24,3	30	22,9
c) Apoio para participação em eventos científicos (financeiro, logístico, liberação de carga horária)	25	41,0	21	30,0	46	35,1
d) Promoção de eventos científicos	13	21,3	7	10,0	20	15,3
e) Pesquisa em serviço	1	1,6	8	11,4	9	6,9
f) Adicional financeiro de titulação	22	36,1	15	21,4	37	28,2
g) Outro	2	3,3	0	0,0	2	1,5
z) Não sabe informar	1	1,6	2	2,9	3	2,3

n = 61 médicos e n = 70 enfermeiros

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

Estes profissionais consideram, em sua maioria, a importância de ter capacitação adequada para o cumprimento de suas atividades, principalmente treinamentos de atualização em atenção básica (82%), participação em encontros com profissionais da Saúde da Família (72%) e capacitação permanente sobre atenção a grupos específicos (70%).

**Tabela 73 – B19 Capacitação necessária para exercer a atual atividade, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família Florianópolis (SC), 2008**

Tipo de Capacitação	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
a) Receber treinamento introdutório adequado às novas atribuições	37	60,7	47	67,1	84	64,1
b) Receber treinamento de atualização em atenção básica	48	78,7	59	84,3	107	81,7
c) Receber treinamento que permita a elaboração ou aperfeiçoamento da análise do perfil epidemiológico local	38	62,3	44	62,9	82	62,6
d) Receber capacitação permanente sobre atenção a grupos específicos	44	72,1	48	68,6	92	70,2
e) Participar de encontros entre os profissionais da saúde da família promovidos pela secretaria municipal para troca de experiências	49	80,3	53	75,7	102	77,9
f) Realizar curso de especialização em Saúde da Família	35	57,4	44	62,9	79	60,3
g) Realizar curso de especialização em Saúde Pública	9	14,8	27	38,6	36	27,5
h) Realizar curso de especialização em sua área de formação	8	13,1	9	12,9	17	13,0

n = 61 médicos e n = 70 enfermeiros

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

Os auxiliares/técnicos de enfermagem citam, como capacitações mais necessárias, os treinamentos para conhecer as competências e as atribuições dos membros da ESF e a construção de vínculos com as comunidades.

**Tabela 74 – B17 Capacitação necessária para exercer a atual atividade, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Capacitação	n	%
a) Ter treinamento para conhecer competências e atribuições dos membros da ESF	51	70,8
b) Ter supervisão em serviço sob a liderança da enfermeira	41	56,9
c) Ter capacitação permanente para ações focalizadas sobre os grupos de risco	39	54,2
d) Fazer vínculo com a comunidade.	47	65,3
e) Outra	7	9,7

Observação: n = 72 aux/técnicos de enfermagem.

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

Quando questionados sobre as capacitações recebidas, os ACSs citaram, em sua maior parte, temas sobre a Prevenção de DST e AIDS e o Controle de Diabetes e Hipertensão, 81% e 84%, respectivamente. O tema menos abordado foi o Controle da Hanseníase, mencionado por 59% dos profissionais. Apenas 4% dos ACSs entrevistados afirmaram não ter recebido nenhuma capacitação.

**Tabela 75 – B21 Capacitação recebida, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família Florianópolis (SC), 2008**

Capacitação	n	%
a) Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil	83	59,3
b) Alimentação saudável	88	62,9
c) Prevenção de DST e AIDS	113	80,7
d) Imunização infantil	100	71,4
e) Reidratação oral (soro caseiro)	84	60,0
f) Aleitamento materno	114	81,4
g) Planejamento familiar	95	67,9
h) Prevenção do câncer de colo de útero	94	67,1
i) Controle de hipertensão	117	83,6
j) Controle de diabetes	117	83,6
k) Cuidado de idosos	101	72,1
l) Controle da tuberculose	97	69,3
m) Controle da hanseníase	82	58,6
n) Outra capacitação importante	33	23,6
o) Não recebeu capacitação	5	3,6

Observação: n = 140 ACS.

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

A maior parte dos profissionais de nível superior afirma não ter recebido treinamento para utilização do SIAB. Entre os médicos, esse percentual foi de 61% e, entre os enfermeiros, de 49%. Vale registrar que um percentual bem próximo dos enfermeiros (47%) declarou ter recebido treinamento para utilização e processamento do SIAB.

**Tabela 76 – 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, Florianópolis (SC), 2008**

Treinamento	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	22	36,1	33	47,1	55	42,0
Não	37	60,7	34	48,6	71	54,2
Não respondeu	2	3,3	3	4,3	5	3,8
Total	61	100,0	70	100,0	131	100,0

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

Entre os auxiliares/ técnicos de enfermagem, a maioria (67%) declarou não ter recebido treinamento para utilização do SIAB, capacitação essa recebida por 26% dos profissionais.

**Tabela 77 – 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 Florianópolis (SC), 2008**

Treinamento	n	%
Sim	19	26,4
Não	48	66,7
Não Respondeu	5	6,9
Total	72	100,0

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

Este quadro se reverte quando são analisados os dados relativos aos ACSs. Nesta categoria profissional, 73% dos entrevistados afirmam ter recebido o treinamento, indicando oferta maior de capacitações para estes profissionais.

**Tabela 78 – 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, Florianópolis (SC), 2008**

Treinamento	n	%
Sim	102	72,9
Não	33	23,6
Não respondeu	5	3,6
Total	140	100,0

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

Metade dos 140 ACS entrevistados declarou ter participado do curso de treinamento introdutório em Saúde da Família.

**Tabela 79 – B14 Participação em curso introdutório antes de ingressar na Estratégia Saúde da Família, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Florianópolis (SC), 2008**

Participação em curso introdutório	n	%
Sim	70	50,0
Não	62	44,3
Não respondeu	8	5,7
Total	140	100,0

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

Destes, 58% consideraram o curso suficiente para a execução das funções na Estratégia Saúde da Família.

**Tabela 80 – B15 Opinião dos Agentes Comunitários de Saúde sobre se o curso introdutório mostrou-se suficiente para execução das funções na Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Participação em curso introdutório	n	%
Sim	45	57,7
Não	23	29,5
Não respondeu	10	12,8
Total	78	100,0

n=70 ACS que participaram do curso introdutório + 8 não responderam = 78

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

Os que não consideraram o curso suficiente apontaram como as principais razões a inadequação da carga horária (insuficiente) e do conteúdo.

**Tabela 81 – B16 Motivos alegados pelos Agentes Comunitários de Saúde para considerarem o curso introdutório insuficiente para execução das funções na Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Motivos	n	%
a) Carga horária insuficiente	11	7,9
b) Conteúdo inadequado	8	5,7
c) Professores não preparados	1	0,7
d) Linguagem excessivamente técnica	3	2,1
e) Outro	6	4,3

n = 23 ACS que considerarem o curso introdutório insuficiente para execução das funções.

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

Por outro lado, a participação dos auxiliares/técnicos de enfermagem não foi tão efetiva. Apenas 25% dos profissionais participaram do treinamento.

**Tabela 82 – B18 Participação em curso introdutório antes de ingressar na Estratégia Saúde da Família, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Florianópolis (SC), 2008**

Participação em curso introdutório	n	%
Sim	18	25,0
Não	54	75,0
Total	72	100,0

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

A maioria dos auxiliares/técnicos de enfermagem (83%) considerou o curso suficiente para a realização das atividades.

**Tabela 83 – B19 Opinião dos Auxiliares/Técnicos de Enfermagem sobre se o curso introdutório mostrou-se suficiente para execução das funções na Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Suficiência	n	%
Sim	15	83,3
Não	2	11,1
Não Respondeu	1	5,6
Total	18	100,0

n = 18(Sim/B18)

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

A percepção desses profissionais é diferente dos ACSs, uma vez que apontam o despreparo do corpo docente e a linguagem excessivamente técnica como os principais motivos de insuficiência do curso.

**Tabela 84 – B20 Motivos alegados pelos Auxiliares/Técnicos de Enfermagem para considerarem o curso introdutório insuficiente para execução das funções na Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Motivos	n	%
a) Professores não preparados	1	5,6
b) Linguagem excessivamente técnica	1	5,6

n = 18(Sim/B18)

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

Dentre os ACS entrevistados, 32% informaram ter participado em outro curso com enfoque em Saúde da Família.

Entre os auxiliares/técnicos de enfermagem, o percentual dos que declararam não ter realizado outro curso com enfoque em Saúde da Família foi de 78%, contra apenas 13% dos que fizeram.



**Tabela 85 – B21 Participação em algum outro curso com enfoque em Saúde da Família, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Florianópolis (SC), 2008**

Participação em outro curso	n	%
Sim	9	12,5
Não	56	77,8
Não Respondeu	7	9,7
Total	72	100,0

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

Os ACSs apontam as supervisões técnicas sob liderança do enfermeiro como as ações de educação permanente de que mais participam (60%), seguidas das reuniões periódicas das ESFs (48%).

**Tabela 86 – B18 Tipos de ações de educação permanente das quais participam, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Tipos de ações	n	%
a) Treinamento em serviço	23	16,4
b) Supervisão técnica sob liderança da enfermeira	84	60,0
c) Capacitação para ações focalizadas sobre os grupos de risco	35	25,0
d) Cursos de reciclagem	21	15,0
e) Palestras	60	42,9
f) Discussão periódicas de casos na ESF	41	29,3
g) Reuniões periódicas das ESFs	67	47,9
h) Outra	10	7,1
i) Não participo de nenhuma atividade de educação permanente	14	10,0

n = 140 ACS

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

Já os auxiliares/técnicos de enfermagem invertem os dados acima, destacando as reuniões periódicas em primeiro lugar (56%) e as supervisões técnicas em segundo (42%). Vale ressaltar que, aproximadamente, 10% dos ACSs e dos auxiliares/técnicos de enfermagem não participam de nenhuma ação de educação permanente.

**Tabela 87 – B22 Tipos de ações de educação permanente das quais participam, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Tipos de ações	n	%
a) Treinamento em serviço	15	20,8
b) Supervisão técnica sob liderança da enfermeira	30	41,7
c) Capacitação para ações focalizadas sobre os grupos de risco	13	18,1
d) Cursos de reciclagem	16	22,2
e) Palestras	22	30,6
f) Discussão periódicas de casos na ESF	19	26,4
g) Reuniões periódicas das ESFs	40	55,6
h) Outra	2	2,8
i) Não participo de nenhuma atividade de educação permanente	9	12,5

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

A percepção da obrigatoriedade da participação em ações de educação permanente diverge entre os profissionais. Enquanto 68% dos ACSs consideram obrigatória a atividade, os auxiliares/técnicos de enfermagem (44%) não reconhecem a obrigatoriedade.

**Tabela 88 – B20 Obrigatoriedade de participação em atividades de educação permanente, segundo os Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Obrigatoriedade	ACS		Aux./ tec. enfermagem	
	n	%	n	%
Sim	95	67,9	26	36,1
Não	24	17,1	31	43,1
Não respondeu	21	15,0	15	20,8
Total	140	100,0	72	100,0

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

Tanto para os ACSs quanto para os auxiliares/técnicos de enfermagem, a definição dos temas abordados na educação permanente deve ser feita pela ESF em conjunto. Os profissionais de nível superior da ESF são pouco citados pelos ACSs (6%). Interessante notar que a atuação da supervisão de enfermagem na definição dos temas abordados é mais frequente para os ACSs (37%) do que para os auxiliares/técnicos de enfermagem (13%).

**Tabela 89 – B19 Responsáveis pela definição dos temas abordados na educação permanente, segundo Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Responsáveis	ACS		Aux./ tec. enfermagem	
	n	%	n	%
a) A coordenação municipal do PSF	22	15,7	14	19,4
b) A coordenação distrital/regional/zonal do PSF	16	11,4	14	19,4
c) A ESF em conjunto	29	20,7	19	26,4
d) Os profissionais de nível superior da ESF	8	5,7	10	13,9
e) O profissional de enfermagem que assume função de supervisão	52	37,1	9	12,5
f) Outra	6	4,3	5	6,9

n=140 ACS e n=72 auxiliares/ técnicos de enfermagem.

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

Em síntese, ao analisar os dados anteriores quanto à capacitação para o PSF, verificou-se que os profissionais de nível superior percebem incentivos do município à formação. A liberação para a realização de cursos é apontada como o principal destes tanto para médicos quanto enfermeiros. No entanto, não se registram iniciativas próprias da SMS de capacitação do pessoal de nível superior, tendo sido feita referência única ao curso de Especialização em PSF, da UFSC, em que um convênio dá direito ao SMS a um número de vagas para os profissionais do quadro.

Temas como a Prevenção de DST e AIDS e Controle de Diabetes e Hipertensão são os mais recorrentes para os ACSs no que diz respeito às capacitações recebidas. De forma geral, esses profissionais participaram de mais ações de treinamento (introdutório da ESF e coleta e análise de dados do SIAB) do que os auxiliares/técnicos de enfermagem. Os ACSs também tiveram maior participação em outros cursos com enfoque em Saúde da Família e consideraram, de forma significativa, a obrigatoriedade de participação em ações de educação permanente.

Outra questão relevante diz respeito à baixa capacitação dos profissionais para lidar com a diversidade sociocultural da comunidade. Pouco mais da metade dos médicos e dos enfermeiros afirmam ter recebido alguma capacitação (53%). Este quadro se reverte para os ACSs e os auxiliares/técnicos de enfermagem, em que apenas 40% e 36%, respectivamente, declararam ter recebido algum tipo de capacitação.

## 7. SUPERVISÃO DOS PROFISSIONAIS

No município de Florianópolis, o processo de supervisão é referenciado pelo Comitê Gestor e está sob a responsabilidade dos gestores regionais e locais. Em cada regional há um profissional supervisor, porém o coordenador regional também exerce este papel, dependendo da atividade ou do processo a ser acompanhado.

O processo de supervisão inclui a avaliação de como a política de saúde vem sendo implementada no território, a do processo de educação e vigilância em saúde, a das necessidades de recursos humanos e também a supervisão dos processos administrativos da Unidade. A supervisão atua como um processo de gerenciamento administrativo, logístico, de insumos, de RH e de apoio, além do acompanhamento da execução das políticas.

Os supervisores, em geral, são médicos, enfermeiros e odontólogos e a dinâmica de supervisão inclui reuniões mensais de avaliação e visitas às Unidades. Na reunião mensal, o supervisor procura avaliar o andamento do processo, levar informações de novos fluxos e ações, verificar o levantamento de problemas e encaminhar soluções. Além disso, o coordenador regional vai às reuniões mensais de rotina das Unidades.

As visitas às Unidades são escalonadas, havendo rodízio, e o coordenador não participa de todas as reuniões. Mas as atividades da supervisão se realizam também fora desse espaço formal: *“O supervisor pode ir à Unidade para verificar a aplicação de determinada política e avaliar, por exemplo, como está a assistência farmacêutica, a dispensação e o estoque”* (coordenador da atenção básica).

Para algumas especialidades, o matriciamento atua como supervisão clínica. Este modelo já vem funcionando para a saúde mental e para a geriatria. A proposta da Coordenação de Atenção Básica é de que todas as demais especialidades de apoio sigam modelo semelhante a esse, a ser reforçado pelo NASF, funcionando como apoio clínico e, mesmo, pedagógico.

Como instrumento de supervisão, a ideia é usar os indicadores da Atenção Básica estabelecidos no Pacto pela Saúde, mas ainda não conseguiram implementar esta estratégia.

O coordenador da atenção básica comenta em relação às equipes de saúde da família: *“é um nó que ainda não conseguimos desamarrar”*. O trabalho é acompanhado pelos indicadores do Município. Algumas regionais têm esses dados, mas são poucos no volume

total: “*Temos isso em nível mais macro ou regional. Não conseguimos ainda avaliar e fazer esse pacto em ambos os níveis da gestão*” (coordenador da atenção básica).

A avaliação técnica quanto ao perfil do servidor é realizada pela chefia imediata, quem avalia seu desempenho e propõe a renovação ou não dos contratos.

Sobre o processo de supervisão, a pesquisa verificou se os profissionais reconhecem a existência da supervisão e também a forma e periodicidade com que acontece, bem como se sabem qual o profissional responsável e qual o foco da supervisão para as diferentes categorias profissionais pesquisadas.

A existência de supervisão é reconhecida por 59% dos profissionais de nível superior. Os enfermeiros apresentam maior percentual (61%) que os médicos (56%).

Entre as diferentes categorias profissionais, os médicos apresentaram maior percentual (43%) daqueles que negaram a existência da supervisão na equipe de saúde da família.

**Tabela 90 – C14 Existência de supervisão da equipe de saúde da família informado pelos Médicos e Enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008**

Supervisão	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	N	%	n	%
Sim	34	55,7	43	61,4	77	58,8
Não	26	42,6	25	35,7	51	38,9
Não respondeu	1	1,6	2	2,9	3	2,3
Total	61	100,0	70	100,0	131	100,0

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

Quase a totalidade dos ACSs (94%) informou a existência da supervisão, índice pouco menor entre os auxiliares/técnicos de enfermagem (79%).

**Tabela 91 – C17 Existência de supervisão da equipe de saúde da família informado pelos Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares/técnicos de enfermagem, Florianópolis (SC), 2008**

Existência de supervisão	ACS		Aux./ tec. enfermagem	
	n	%	n	%
Sim	131	93,6	57	79,2
Não	2	1,4	13	18,0
Não respondeu	7	5,0	2	2,8
Total	140	100,0	72	100,0

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

Entre os profissionais de nível superior que identificaram a existência da supervisão na equipe de saúde da família, 47% responderam que a supervisão acontece para cada ESF,

seguido daqueles que indicaram que a supervisão é feita para a ESF e também para cada categoria profissional (39%).

**Tabela 92 – C15 Forma de supervisão da equipe de saúde da família informado pelos Médicos e Enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008**

Realização da supervisão	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Para cada ESF	15	44,1	21	48,8	36	46,8
Para a cada categoria profissional	7	20,6	3	7,0	10	13,0
Para a ESF e para cada categoria profissional	12	35,3	18	41,9	30	39,0
Não respondeu	0	0,0	1	2,3	1	1,3
Total	34	100,0	43	100,0	77	100,0

n=34 (médicos) e n=43 enfermeiros que informaram ter supervisão.

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

Para os ACSs e os auxiliares/técnicos de enfermagem, a forma de supervisão predominante é para cada equipe de saúde da família (52% e 54% respectivamente). A supervisão para cada equipe de saúde e também para cada categoria profissional foi informada por 17% dos ACSs e 25% dos auxiliares/técnicos de enfermagem.

**Tabela 93 – C18 Forma de supervisão da equipe de saúde da família informado pelos Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares/técnicos de enfermagem, Florianópolis (SC), 2008**

Realização da supervisão	ACS		Aux./ tec. enfermagem	
	n	%	n	%
Para cada ESF	72	52,2	31	54,4
Para a cada categoria profissional	15	10,9	6	10,5
Para a ESF e para cada categoria profissional	24	17,4	14	24,6
Não respondeu	27	19,6	6	10,5
Total	138	100,0	57	100,0

n = 131 (Sim) + 7 (Não respondeu) = 138 e n = 57(Sim/C17)

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

Quanto à periodicidade com que a supervisão é realizada, predomina a frequência mensal (46%) e a semanal (21%) entre os profissionais de nível superior. Para os médicos prevalece a informação de que a supervisão acontece mensalmente (47%) e semanalmente (12%). Entre os enfermeiros também predomina a informação de que a supervisão é mensal (44%) com menor percentual para supervisão semanal (28%).

**Tabela 94 – C16 Periodicidade da supervisão informada pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Periodicidade da supervisão	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Semanal	4	11,8	12	27,9	16	20,8
Quinzenal	6	17,6	2	4,7	8	10,4
Mensal	16	47,1	19	44,2	35	45,5
A cada dois meses	2	5,9	0	,0	2	2,6
A cada três ou mais meses	1	2,9	2	4,7	3	3,9
Outra	4	11,8	6	14,0	10	13,0
Não respondeu	1	2,9	2	4,7	3	3,9
Total	34	100,0	43	100,0	77	100,0

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

Para os ACSs, a supervisão acontece com periodicidade semanal (46%), seguida da diária (35%).

**Tabela 95 – C20 Periodicidade da supervisão informada pelos Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Periodicidade da supervisão	n	%
Diária	49	35,0
Semanal	64	45,7
Mensal	11	7,9
Outra	5	3,6
Não respondeu	11	7,9
Total	140	100,0

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

Segundo 39% dos auxiliares/técnicos de enfermagem, a periodicidade da supervisão é diária, seguida da mensal (26%) e da supervisão semanal (16%).

**Tabela 96 – C20 Periodicidade da supervisão informada pelos Auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Periodicidade da supervisão	n	%
Diária	22	38,6
Semanal	9	15,8
Quinzenal	4	7,0
Mensal	15	26,3
Outra	2	3,5
Não Respondeu	5	8,8
Total	57	100,0

n = 57(Sim/C17)

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

Tanto médicos quanto enfermeiros apontam que as coordenações distritais/zonais/regionais do PSF são os principais responsáveis pela supervisão: 23% e 30%, respectivamente. Em seguida, esses profissionais indicam as equipes multiprofissionais (16%), ficando em último lugar as coordenações municipais do PSF (8%).

**Tabela 97 – C17 Profissional responsável pela supervisão informado pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Profissional	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
a) Coordenação municipal do PSF	6	9,8	4	5,7	10	7,6
b) Coordenações distritais /zonais/ regionais do PSF	14	23,0	21	30,0	35	26,7
c) Equipe multiprofissional	9	14,8	12	17,1	21	16,0
d) Outra	9	14,8	11	15,7	20	15,3

n = 61 médicos e n = 70 enfermeiros

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

Para a maioria dos ACSs (76%), o enfermeiro do PSF é o principal responsável pela supervisão. Em segundo lugar, para os ACSs, estão “outros profissionais” (15%).

**Tabela 98 – C19 Profissional responsável pela supervisão informado pelos Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Supervisão técnica	n	%
Sim. Realizada pelo médico.	4	2,9
Sim. Realizada pelo enfermeiro.	106	75,7
Sim. Realizada pela Coordenação de Saúde da Família da SMS.	2	1,4
Sim. Realizada por outros profissionais.	21	15,0
Não respondeu	7	5,0
Total	140	100,0

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

Da mesma forma, a maioria dos auxiliares/técnicos de enfermagem (83%) informou que o enfermeiro do PSF é o principal responsável pela supervisão. Em segundo lugar, estão os médicos das ESFs (30%).



**Tabela 99 – C19 Profissional responsável pela supervisão informado pelos Auxiliares/técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família Florianópolis (SC), 2008**

Supervisão técnica	n	%
a) Médico da ESF	17	29,8
b) Enfermeiro da ESF	47	82,5
c) Outro profissional de nível superior	4	7,0
d) Coordenação municipal do PSF	6	10,5
e) Coordenação distrital/ zona/ regional do PSF	6	10,5
f) Outra equipe multidisciplinar de nível superior	1	1,8
g) Outro profissional de nível médico	-	-

n = 57(Sim/C17)

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

Quando questionados sobre o foco da supervisão da equipe de saúde da família, os profissionais de nível superior indicam a importância da discussão de problemas, das dificuldades e demandas (40%), seguida da discussão de dados clínicos (35%). Vale ressaltar que, para os médicos, o foco na sistematização das informações sobre saúde da comunidade é o item com menor percentual (7%), enquanto para os enfermeiros esse aspecto é bem mais expressivo (27%).

**Tabela 100 – C18 Foco da supervisão da equipe de saúde da família, segundo Médicos e Enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008**

Foco	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
a) Interconsulta com especialista	24	39,3	12	17,1	36	27,5
b) Discussão de casos clínicos	21	34,4	25	35,7	46	35,1
c) Sistematização das informações sobre saúde da comunidade	4	6,6	19	27,1	23	17,6
d) Treinamento em serviço sobre as práticas de atenção primária	5	8,2	14	20,0	19	14,5
e) Acompanhamento e controle das atividades realizadas	14	23,0	20	28,6	34	26,0
f) Discussão de problemas, dificuldades e demandas	19	31,1	33	47,1	52	39,7
g) Supervisão das relações interpessoais	10	16,4	11	15,7	21	16,0
h) Acompanhamento dos riscos mais prevalentes na área e das questões sociais que envolvem o indivíduo e a comunidade	7	11,5	22	31,4	29	22,1

n = 61 médicos e n = 70 enfermeiros

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

Para os ACSs, as principais ações possibilitadas pela supervisão são: favorecer o bom entrosamento e a cooperação da equipe, controlar a realização das atividades do ACS em relação às regras e normas estabelecidas pelo PSF, apoiar e/ou orientar as ações dos ACSs em relação a situações emergenciais e/ou de difícil abordagem na unidade e controlar

administrativamente a frequência ao trabalho e a realização dos procedimentos de rotina, evitando irregularidades que possam prejudicar a comunidade.

**Tabela 101 – C21 Ações possibilitadas pela supervisão informadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Situações	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Não tem opinião formada		NR		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a. Controlar a realização das atividades do ACS em relação ao Plano de Metas	90	64,3	26	18,6	8	5,7	2	1,4	7	5,0	7	5,0	140	100,0
b. Controlar a realização das atividades do ACS em relação às regras e normas estabelecidas pelo PSF	95	67,9	22	15,7	10	7,1	2	1,4	3	2,1	8	5,7	140	100,0
c. Favorecer o bom entrosamento e cooperação da equipe	98	70,0	24	17,1	7	5,0	1	,7	2	1,4	8	5,7	140	100,0
d. Eleger temas para o planejamento das atividades de educação continuada dos ACSs	73	52,1	27	19,3	19	13,6	7	5,0	3	2,1	11	7,9	140	100,0
e. Educação permanente para realização de atividades rotineiras	62	44,3	31	22,1	17	12,1	8	5,7	7	5,0	15	10,7	140	100,0
f. Acompanhar as ações dos ACSs na USF e na comunidade	82	58,6	38	27,1	9	6,4	1	,7	2	1,4	8	5,7	140	100,0
g. Apoiar e/ou orientar as ações dos ACSs em relação a situações emergenciais e/ou de difícil abordagem na unidade (ex.: violência doméstica, resistências ao tratamento, doença mental etc.)	93	66,4	21	15,0	11	7,9	4	2,9	2	1,4	9	6,4	140	100,0
h. Permitir maior participação dos ACSs no processo de decisão dos níveis hierarquicamente superiores	42	30,0	21	15,0	30	21,4	20	14,3	18	12,9	9	6,4	140	100,0
i. Controlar administrativamente a frequência ao trabalho e a realização dos procedimentos de rotina evitando irregularidades que possam prejudicar a comunidade	93	66,4	23	16,4	6	4,3	2	1,4	7	5,0	9	6,4	140	100,0
j. Discutir problemas, dificuldades e demandas dos ACSs e encaminhar para a coordenação do PSF	74	52,9	33	23,6	20	14,3	3	2,1	2	1,4	8	5,7	140	100,0
k. Articula a gestão e a	64	45,7	39	27,9	17	12,1	1	,7	6	4,3	13	9,3	140	100,0

Situações	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Não tem opinião formada		NR		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
execução das ações														
I. Outro	-	-	-	-	-	-	-	-	10	12,2	72	87,8	82	100,0

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

Para os auxiliares/técnicos de enfermagem, as principais ações possibilitadas pela supervisão são: favorecer o bom entrosamento e a cooperação da equipe; eleger temas para o planejamento das atividades de educação continuada dos Auxiliares de Enfermagem; controlar administrativamente a frequência ao trabalho e a realização de procedimentos de rotina, evitando irregularidades que possam prejudicar a comunidade; e apoiar e/ou orientar as ações dos auxiliares/técnicos de enfermagem em relação a situações emergenciais e/ou de difícil abordagem na unidade.

**Tabela 102 – C21 Ações possibilitadas pela supervisão informadas pelos Auxiliares/técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Ações	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Não tem opinião formada		NR		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a. Controlar a realização das atividades do Auxiliar de Enfermagem em relação ao Plano de Metas	15	20,8	22	30,6	7	9,7	-	-	6	8,3	7	9,7	57	100,0
b. Controlar a realização das atividades do Auxiliar de Enfermagem em relação às regras e normas estabelecidas pelo PSF	21	29,2	20	27,8	5	6,9	2	2,8	4	5,6	5	6,9	57	100,0
c. Favorecer o bom entrosamento e cooperação da equipe	34	47,2	17	23,6	3	4,2	-	-	2	2,8	1	1,4	57	100,0
d. Eleger temas para o planejamento das atividades de educação continuada dos Auxiliares de Enfermagem	26	36,1	12	16,7	11	15,3	3	4,2	2	2,8	3	4,2	57	100,0
e. Educação permanente para realização de atividades rotineiras	18	25,0	19	26,4	11	15,3	3	4,2	3	4,2	3	4,2	57	100,0
f. Acompanhar as ações dos Auxiliares de Enfermagem na USF e na comunidade	19	26,4	24	33,3	7	9,7	1	1,4	3	4,2	3	4,2	57	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)	23	31,9	20	27,8	7	9,7	-	-	3	4,2	4	5,6	57	100,0

Ações	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Não tem opinião formada		NR		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
doméstica, resistências ao tratamento, doença mental etc.)														
h. Permitir maior participação dos Auxiliares de Enfermagem no processo de decisão dos níveis hierarquicamente superiores	16	22,2	16	22,2	12	16,7	7	9,7	3	4,2	3	4,2	57	100,0
i. Controlar administrativamente a frequência ao trabalho e a realização dos procedimentos de rotina evitando irregularidades que possam prejudicar a comunidade	25	34,7	17	23,6	5	6,9	3	4,2	4	5,6	3	4,2	57	100,0
j. Discutir problemas, dificuldades e demandas dos Auxiliares de Enfermagem e encaminhar para a coordenação do PSF	21	29,2	20	27,8	9	12,5	1	1,4	4	5,6	2	2,8	57	100,0
k. Articula a gestão e a execução das ações	15	20,8	22	30,6	8	11,1	1	1,4	5	6,9	6	8,3	57	100,0
l. Outro	-	-	-	-	-	-	-	-	6	8,3	51	70,8	57	100,0

n = 57(Sim/C17)

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

As diversas categorias profissionais mostraram visões bem próximas sobre a supervisão exercida. Tanto para profissionais de nível superior como para os ACSs e os auxiliares/técnicos de enfermagem, a supervisão é realizada para cada equipe ESF.

A informação sobre periodicidade da supervisão apresenta características diferentes conforme a categoria profissional. Enquanto para os profissionais médicos e para os enfermeiros predomina a informação de que a supervisão ocorre mensal e semanalmente, entre os ACSs prevalece a periodicidade semanal e, também, diária. Já para os auxiliares/técnicos de enfermagem, a periodicidade da supervisão é diária.

De maneira geral, parece não haver clareza acerca do processo de supervisão. Somente os ACSs e auxiliares/técnicos informaram, quase na totalidade, que o responsável pela supervisão é o enfermeiro. Os profissionais de nível superior indicam as coordenações distritais/zonais/regionais do PSF e a equipe multiprofissional na função de supervisão.

Os ACSs e os auxiliares/técnicos de enfermagem reconhecem a supervisão exercida pelos enfermeiros, do mesmo modo que também foi atribuída a função de coordenar a ESF ao enfermeiro por todas as categorias profissionais.

## 8. TRABALHO EM EQUIPE

A avaliação dos profissionais sobre o trabalho em equipe buscou conhecer a percepção sobre o reconhecimento da coordenação da equipe e acerca do profissional que exerce essa função. Além disso, também se buscou conhecer a avaliação dos profissionais com relação a diferentes fatores que influenciam diretamente a atuação da equipe, bem como a percepção dos ACSs e auxiliares/técnicos de enfermagem a respeito da frequência de ocorrências que dificultam a realização do trabalho da equipe de saúde da família.

Dos profissionais de nível superior entrevistados, 66% reconheceram a existência de coordenador da equipe de saúde da família. No caso dos ACSs, a maioria (86%) reconhece o cumprimento da função de coordenação da equipe por algum profissional, da mesma forma que os auxiliares/técnicos de enfermagem (75%).

Entre as categorias pesquisadas os enfermeiros se colocam como os que menos reconhecem a função de coordenação da equipe, e os ACSs, os profissionais que têm maior percentual dos que reconhecem a existência da função de coordenação.

**Tabela 103 – C3 Existência de coordenador da equipe de saúde da família informada pelos Médicos e Enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008**

Coordenador	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	42	68,9	44	62,9	86	65,6
Não	19	31,1	26	37,1	45	34,4
Total	61	100,0	70	100,0	131	100,0

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

**Tabela 104 – C3 Existência de coordenador da equipe de saúde da família informada pelos agentes comunitários de saúde, Florianópolis (SC), 2008**

Existe coordenação	n	%
Sim	121	86,4
Não	9	6,4
Não respondeu	10	7,1
Total	140	100,0

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

**Tabela 105 – C3 Existência de coordenador da equipe de saúde da família informada pelos auxiliares/ técnicos de enfermagem, Florianópolis (SC), 2008**

Existe coordenação	n	%
Sim	54	75,0
Não	16	22,2
Não sabe informar	2	2,8
Total	72	100,0

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

Ainda sobre o trabalho em equipe, a identificação do profissional que exerce a função de coordenador da ESF foi outro fator investigado. Para os profissionais de nível superior, 52% consideram o enfermeiro como coordenador da equipe, enquanto os enfermeiros (61%) apresentam percentual bem maior que os médicos (43%).

Os auxiliares/técnicos de enfermagem também reconhecem os enfermeiros como coordenadores da equipe de saúde da família, bem mais que os ACSs, com percentuais de 57% e 49%, respectivamente.

**Tabela 106 – C4 Profissional coordenador da equipe de saúde da família, informado pelos Médicos e Enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008**

Coordenador	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
O médico	7	16,7	7	15,9	14	16,3
O enfermeiro	18	42,9	27	61,4	45	52,3
Outro profissional	17	40,5	10	22,7	27	31,4
Total	42	100,0	44	100,0	86	100,0

n = 42 médicos e n = 44 enfermeiros que informaram existência de coordenador da ESF.

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

**Tabela 107 – C4 Profissional coordenador da equipe de saúde da família, informado pelos Agentes Comunitários de Saúde, Florianópolis (SC), 2008**

Coordenador	n	%
O médico	27	19,3
O enfermeiro	69	49,3
Outro profissional	30	21,4
Não sabe informar	5	3,6
Não respondeu	9	6,4
Total	140	100,0

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

**Tabela 108 – C4 Profissional coordenador da equipe de saúde da família informado pelos Auxiliares/ técnicos de enfermagem, Florianópolis (SC), 2008**

Coordenador	n	%
O médico	11	20,4
O enfermeiro	31	57,4
Outro profissional	10	18,5
Não tem coordenador	2	3,7
Total	54	100,0

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

A partir de uma lista de fatores sobre o trabalho da ESF, foi realizada uma avaliação dessas características em relação a sua incidência.

Ao serem indagados sobre os fatores que sempre acontecem no trabalho da ESF, os médicos e enfermeiros declararam que o relacionamento bom e respeitoso, a capacidade que a equipe tem em rever suas rotinas e procedimentos, além da maneira como a equipe organiza, de forma conjunta, a programação das suas atividades são os fatores que mais acontecem. Para essas categorias, as características que possuem pouca incidência no trabalho da ESF são: dificuldades tanto no trabalho interno quanto no trabalho com a comunidade e conflitos nas relações.

Para os ACSs as características que sempre acontecem no trabalho da ESF são: o importante papel que os auxiliares têm nas reuniões de equipe e nas atividades realizadas e o fato de a equipe estimular a participação da comunidade.

Para os auxiliares/técnicos de enfermagem, os fatores que pouco acontecem no trabalho da ESF são os mesmos que aparecem para os profissionais de nível superior, ou seja, as dificuldades tanto no trabalho interno quanto no trabalho com a comunidade e a 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 atividades da equipe, o relacionamento bom e respeitoso e a capacidade das equipes em rever procedimentos e rotinas.

Os ACSs e 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.

**Tabela 109 – C12 Avaliação do trabalho em equipe, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 - Total**

Critérios	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	13	21,3	44	72,1	3	4,9	0	0,0	0	0,0	1	1,6	61	100,0
b) A relação é conflituosa	0	0,0	3	4,9	45	73,8	12	19,7	0	0,0	1	1,6	61	100,0
c) A equipe organiza de forma conjunta, a programação das atividades da equipe.	10	16,4	33	54,1	13	21,3	4	6,6	0	0,0	1	1,6	61	100,0
d) A equipe apresenta dificuldades tanto no trabalho interno quanto no trabalho com a comunidade	3	4,9	6	9,8	48	78,7	2	3,3	1	1,6	1	1,6	61	100,0
e) A equipe tem capacidade de rever suas rotinas e procedimentos	14	23,0	29	47,5	15	24,6	1	1,6	1	1,6	1	1,6	61	100,0
f) A equipe trabalha voltada para uma rotina preestabelecida	11	18,0	40	65,6	9	14,8	0	0,0	0	0,0	1	1,6	61	100,0
g) A equipe estimula a participação da comunidade	8	13,1	24	39,3	24	39,3	4	6,6	0	0,0	1	1,6	61	100,0
h) O trabalho individual dos profissionais oferece pouco ao conjunto da ESF	1	1,6	8	13,1	28	45,9	18	29,5	4	6,6	2	3,3	61	100,0
i) Outro	0	0,0	2	3,3	1	1,6	0	0,0	2	3,3	56	91,8	61	100,0

n = 61 médicos e n = 70 enfermeiros

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



**Tabela 110 – C15 Avaliação do trabalho em equipe, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Critérios	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	74	52,9	45	32,1	9	6,4	-	-	-	-	12	8,6	140	100,0
b) A relação é conflituosa	1	,7	10	7,1	57	40,7	53	37,9	1	,7	18	12,9	140	100,0
c) A equipe organiza de forma conjunta, a programação das atividades da equipe	73	52,1	31	22,1	20	14,3	4	2,9	1	,7	11	7,9	140	100,0
d) A equipe apresenta dificuldades tanto no trabalho interno quanto no trabalho com a comunidade	6	4,3	13	9,3	64	45,7	36	25,7	4	2,9	17	12,1	140	100,0
e) A equipe tem capacidade de rever suas rotinas e procedimentos	65	46,4	42	30,0	13	9,3	2	1,4	5	3,6	13	9,3	140	100,0
f) A equipe trabalha voltada para uma rotina preestabelecida	55	39,3	53	37,9	10	7,1	2	1,4	3	2,1	17	12,1	140	100,0
g) A equipe estimula a participação da comunidade	79	56,4	31	22,1	16	11,4	3	2,1	-	-	11	7,9	140	100,0
h) Os auxiliares têm um papel importante nas reuniões de equipe e nas atividades realizadas	81	57,9	25	17,9	13	9,3	8	5,7	4	2,9	9	6,4	140	100,0
i) Outro	-	-	2	2,4	1	1,2	-	-	7	8,5	72	87,8	82	100,0

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

**Tabela 111 – C15 Avaliação do trabalho em equipe, segundo Auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Trabalho em equipe	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	42	58,3	28	38,9	-	-	-	-	-	-	2	2,8	72	42
b) A relação é conflituosa	1	1,4	-	-	40	55,6	23	31,9	1	1,4	7	9,7	72	1
c) A equipe organiza de forma conjunta, a programação das atividades da equipe	36	50,0	25	34,7	6	8,3	1	1,4	3	4,2	1	1,4	72	36
d) A equipe apresenta dificuldades tanto no trabalho interno quanto no trabalho com a comunidade	3	4,2	5	6,9	38	52,8	21	29,2	2	2,8	3	4,2	72	3
e) A equipe tem capacidade de rever suas rotinas e procedimentos	37	51,4	23	31,9	8	11,1	1	1,4	-	-	3	4,2	72	37

Trabalho em equipe	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Não sabe informar		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
f) A equipe trabalha voltada para uma rotina preestabelecida	22	30,6	34	47,2	10	13,9	-	-	2	2,8	4	5,6	72	22
g) A equipe estimula a participação da comunidade	36	50,0	20	27,8	9	12,5	2	2,8	-	-	5	6,9	72	36
h) Os auxiliar de enfermagem têm um papel importante nas reuniões de equipe e nas atividades realizadas	40	55,6	18	25,0	7	9,7	2	2,8	3	4,2	2	2,8	72	40
i) A equipe atua entre as necessidades da comunidade apontadas pelo trabalho dos ACSs	49	68,1	17	23,6	-	-	1	1,4	2	2,8	3	4,2	72	100,0
j) Outro	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,1	31	96,9	32	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 ESF na visão dos ACSs e dos auxiliares/técnicos de enfermagem, em sua microárea de atuação.

Os ACSs consideram que as principais dificuldades que sempre ocorrem no trabalho da ESF são: i) Forte demanda por atendimento médico, ii) Baixa mobilização da comunidade para participar dos conselhos locais de saúde.

Para os ACSs, os fatores abaixo representam pouca ou nenhuma dificuldade para o trabalho da ESF em sua microárea: acesso dos profissionais ao território: falta de arruamento, isolamento de algumas residências, acidentes geográficos etc.; conflito entre profissionais dentro da ESF; fragilidade dos vínculos com as famílias; procura por outros serviços de saúde que não a ESF; gravidade dos riscos sociais no âmbito da comunidade (desemprego, violência, tráfico de drogas etc.).

Em relação às ocorrências que dificultam o desempenho das atividades da ESF os auxiliares técnicos de enfermagem consideram que sempre ocorre: forte demanda por atendimento médico, baixa mobilização da comunidade para participar dos conselhos locais de saúde e a grande densidade populacional em relação ao padrão do programa.

Para os auxiliares/técnicos de enfermagem o que poucas vezes ou nunca ocorre como dificuldade para o trabalho da equipe são os seguintes fatores: inadequação do processo de planejamento e programação de atividades, conflito entre profissionais dentro da ESF;

fragilidade dos vínculos com as famílias; difícil acesso dos profissionais ao território: falta de arruamento, isolamento de algumas residências, acidentes geográficos etc.

Em síntese, na opinião dos ACSs e auxiliares/técnicos de enfermagem pesquisados as principais ocorrências que dificultam o desempenho das atividades da ESF estão vinculadas aos seguintes fatores: forte demanda por atendimento médico; baixa mobilização da comunidade para participar dos conselhos locais de saúde; grande densidade populacional em relação ao padrão do programa.

Já os principais fatores que não apresentam dificuldades para o desempenho das atividades da ESF são: conflito entre profissionais dentro da ESF; difícil acesso dos profissionais ao território: falta de arruamento, isolamento de algumas residências, acidentes geográficos etc. e fragilidade dos vínculos com as famílias.

A avaliação dos profissionais acerca do trabalho em equipe na ESF aponta como fatores positivos para todas as categorias profissionais, o fato de a equipe organizar de forma conjunta a programação das próprias 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, o fator do trabalho em equipe parece não contribuir diretamente para a rotatividade dos profissionais.

No entanto, os principais fatores apontados como dificultadores para as atividades dos ACSs e dos auxiliares/técnicos de enfermagem (forte demanda por atendimento médico, baixa mobilização da comunidade e grande densidade populacional) sinalizam os desafios que a estratégia saúde da família encontra em sua consolidação. Fatores que, embora não estejam diretamente vinculados à gestão do trabalho, influenciam diretamente os arranjos da própria gestão do trabalho 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 própria equipe seja pelo comportamento da própria população.

Tal situação reforça a necessidade de ações referentes à educação da população para a adequada 'utilização' da assistência proporcionada pela estratégia saúde da família, que também poderia surtir efeito no componente da mobilização da comunidade. No entanto, é importante ressaltar que os fatores dificultadores das atividades de trabalho da equipe

também não são os mesmos que causam insatisfação e contribuem para a rotatividade dos profissionais de nível superior.

**Tabela 112 – C16 Frequência de ocorrências que dificultam o desempenho das atividades da equipe de saúde da família em sua micro-área informada pelos Agentes Comunitários de saúde, Florianópolis (SC), 2008**

Ocorrências	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.	6	4,3	16	11,4	49	35,0	60	42,9	2	1,4	7	5,0	140	100,0
b. Gravidade dos riscos sociais no âmbito da comunidade (desemprego, violência, tráfico de drogas etc.)	17	12,1	19	13,6	54	38,6	38	27,1	6	4,3	6	4,3	140	100,0
c. Grande densidade populacional em relação ao padrão do programa	24	17,1	28	20,0	30	21,4	32	22,9	6	4,3	20	14,3	140	100,0
d. Quantidade excessiva de membros individuais nos grupos familiares em relação ao padrão proposto	14	10,0	23	16,4	29	20,7	31	22,1	16	11,4	27	19,3	140	100,0
e. Forte demanda por atendimento médico	65	46,4	34	24,3	21	15,0	7	5,0	1	,7	12	8,6	140	100,0
f. Procura por outros serviços de saúde que não a ESF	19	13,6	20	14,3	51	36,4	19	13,6	11	7,9	20	14,3	140	100,0
g. Conflito entre profissionais dentro da equipe	3	2,1	6	4,3	45	32,1	65	46,4	9	6,4	12	8,6	140	100,0
h. Fragilidade dos vínculos com a família	3	2,1	6	4,3	55	39,3	44	31,4	11	7,9	21	15,0	140	100,0
i. Alta Rotatividade dos profissionais da ESF	22	15,7	21	15,0	49	35,0	24	17,1	8	5,7	16	11,4	140	100,0
j. Baixa mobilização dos usuários para participar das atividades propostas pela ESF	14	10,0	37	26,4	48	34,3	15	10,7	10	7,1	16	11,4	140	100,0
k. Baixa mobilização da comunidade para participar nos Conselhos Locais de	39	27,9	55	39,3	21	15,0	9	6,4	7	5,0	9	6,4	140	100,0

Ocorrências	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Não sabe informar		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Saúde														
l. Inadequação do processo de planejamento e programação de atividades	5	3,6	17	12,1	48	34,3	32	22,9	16	11,4	22	15,7	140	100,0
m. Outro	-	-	3	3,6	-	-	1	1,2	12	14,5	67	80,7	83	100,0

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

**Tabela 113 – C16 Frequência de ocorrências que dificultam o desempenho das atividades da equipe de saúde da família em sua micro-área informada pelos Auxiliares/ técnicos de enfermagem, Florianópolis (SC), 2008**

Ocorrências	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.	-	-	16	22,2	32	44,4	17	23,6	2	2,8	5	6,9	72	100,0
b. Gravidade dos riscos sociais no âmbito da comunidade (desemprego, violência, tráfico de drogas etc.)	5	6,9	24	33,3	29	40,3	10	13,9	2	2,8	2	2,8	72	100,0
c. Grande densidade populacional em relação ao padrão do programa	24	33,3	18	25,0	17	23,6	7	9,7	3	4,2	3	4,2	72	100,0
d. Quantidade excessiva de membros individuais nos grupos familiares em relação ao padrão proposto	10	13,9	19	26,4	14	19,4	8	11,1	13	18,1	8	11,1	72	100,0
e. Forte demanda por atendimento médico	37	51,4	22	30,6	6	8,3	4	5,6	-	-	3	4,2	72	100,0
f. Procura por outros serviços de saúde que não a ESF	6	8,3	17	23,6	25	34,7	14	19,4	4	5,6	6	8,3	72	100,0
g. Conflito entre profissionais dentro da equipe	3	4,2	3	4,2	28	38,9	25	34,7	7	9,7	6	8,3	72	100,0
h. Fragilidade dos vínculos com a família	2	2,8	6	8,3	32	44,4	18	25,0	6	8,3	8	11,1	72	100,0

Ocorrências	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Não sabe informar		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
i. Alta Rotatividade dos profissionais da ESF	13	18,1	23	31,9	21	29,2	7	9,7	2	2,8	6	8,3	72	100,0
j. Baixa mobilização dos usuários para participar das atividades propostas pela ESF	9	12,5	20	27,8	25	34,7	5	6,9	6	8,3	7	9,7	72	100,0
k. Baixa mobilização da comunidade para participar nos Conselhos Locais de Saúde	16	22,2	29	40,3	12	16,7	3	4,2	7	9,7	5	6,9	72	100,0
l. Inadequação do processo de planejamento e programação de atividades	3	4,2	4	5,6	40	55,6	7	9,7	11	15,3	7	9,7	72	100,0

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

## 9. AVALIAÇÃO DAS ENTIDADES REPRESENTATIVAS DE PROFISSIONAIS SOBRE A GESTÃO DO TRABALHO NA SAÚDE DA FAMÍLIA

### Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina

O presidente do Conselho Regional de Medicina afirma que esse órgão não apresentou resistência à implantação do PSF no Estado, mas considera que a posição atual é de adesão com restrições, em função da não vinculação do médico ao município e pela falta de um plano de cargos e salários na maioria dos municípios.

Apontou que as principais queixas e demandas ao CRM da parte dos profissionais do PSF estão relacionadas à instabilidade do médico e à falta de condições de trabalho. Considera, igualmente, que os postos de saúde têm pouca resolutividade e que os médicos do PSF encaminham muitos pacientes às emergências, que ficam lotadas. Destacou como positiva a criação das Policlínicas por parte da gestão municipal e, em relação à ESF, a proximidade do médico com a população. Demonstrou, no entanto, pouco conhecimento sobre a implementação da Estratégia Saúde da Família, principalmente quanto aos temas relativos à integração da rede de serviços, à coordenação dos cuidados e à consolidação do Saúde da Família.

O conselho considera o concurso público como estratégia adequada e necessária, desde que, segundo seu Presidente, seja bem estruturado e tenha edital claro. Considera ilegais

outras formas de contratação que não o concurso público e reclama a existência de um Plano de Carreira, Cargos e Salários com piso salarial compatível com a categoria, como, por exemplo, o piso da FENAM.

Como estratégia para fixar os profissionais na Saúde da Família destaca salários compatíveis e condições de bom exercício da função. O Presidente do CRM explica que os profissionais se especializam em centros maiores e têm dificuldade em se adaptar à realidade local.

Em relação às principais queixas dos profissionais, sinaliza a instabilidade e a falta de condições de trabalho. Destaca a pouca resolutividade das Unidades de Saúde, associando-a à falta de estrutura. Para ele: *“... o PSF é uma forma de aproximação do médico a essa massa de pacientes. Sendo bom clínico e tendo boa estrutura básica, consegue-se resolver 85% das enfermidades. Além disso, tendo bom laboratório com radiografia adequada e com tempo para atender bem esses pacientes. O que tiver dificuldade e o que não puder resolver, porque desconfia ou até por hipótese diagnóstica mais grave, ele poderá encaminhar para um ambulatório adequado em um desses hospitais que, infelizmente, só consegue chegar pela emergência”* (presidente do CRM).

Quanto às competências dos enfermeiros vis-à-vis a competência dos médicos, o representante do conselho se limita a comentar a complementaridade entre ambas as profissões, mas na perspectiva da assistência em geral e não especificamente no processo de trabalho nas equipes de saúde da família, tema que parece desconhecer.

Para o conselho, o vínculo exclusivo dos profissionais, exigência do PSF, é fator limitante em algumas situações. Reitera a pouca oferta de vagas para Residência Médica no Estado e infere que os médicos ingressam no PSF pela possibilidade de cursá-la e que, quando a concluem, se desligam. O presidente afirma, no entanto, que esses dados são pouco precisos e que estão realizando pesquisa sobre o tema. Considera que houve mudança na grade de ensino das escolas de medicina públicas nos últimos dois anos e que ainda é cedo para avaliar se a nova formação vai motivar os profissionais em suas escolhas.

### **Conselho Regional de Enfermagem**

O presidente do conselho destaca a posição de neutralidade da entidade em relação ao PSF, afirmando que a função do COREN não é se posicionar contra ou a favor da Estratégia Saúde da Família, mas de fiscalizar e normatizar o exercício profissional do enfermeiro. Em relação à contratação via concurso público, considerou que dificulta a seleção de

profissionais com perfil adequado ou a sua retirada do programa em casos de falta de adaptação. Contudo, é contrário à contratação por ONGs, OSCIPs etc.

As principais queixas que chegam à entidade referem-se a questões salariais, em particular no que se refere à diferença entre salários de médicos e enfermeiros. O presidente relatou que a carga horária exigida do enfermeiro é maior que a carga horária demandada aos médicos. Considerou que o ACS não precisaria fazer parte da equipe de PSF e que as atividades do Saúde da Família deveriam ser somente preventivas.

Em sua opinião, não deveria haver Unidade de Saúde para atuação do PSF, pois o trabalho das equipes deve ser desenvolvido nos domicílios, com as visitas domiciliares. Considerou que o maior esclarecimento da população sobre o PSF e a maior participação social seriam condições para a consolidação da estratégia. Avalia que não houve alteração nas filas dos hospitais e emergências mesmo com a ampla cobertura alcançada pela Estratégia no município.

Apesar da neutralidade expressa pelo Conselho, a fala de seu Presidente evidencia insatisfação com o modelo do PSF, na forma como vem sendo implementado no Estado: *“Com a montagem do PSF dentro do Estado deveria ter diminuído as filas dos hospitais e não diminuiu. Pelo contrário, aumentou e muito. Por exemplo, existe uma procissão de ambulâncias às segundas-feiras pela madrugada. Essas filas de ambulâncias existem, porque é preciso estar no HU ou Celso Ramos ou nos outros hospitais às seis horas da manhã, já que o atendimento é às oito horas. Isso é desumano, não tem cabimento. Existe alguma coisa obscura no PSF que ninguém sabe e que está servindo somente para cabo político”* (presidente do COREN).

*“No PSF, a pessoa não pode centrar na Unidade. O atendimento teria que ser SUS dentro desses hospitais e postos de saúde, porém há cobrança indevida. Os médicos dos hospitais, em sua maioria, cobram por trás, com raras exceções. O médico raramente vai à casa do paciente. O paciente tem que ir dentro do posto de saúde, que não é o PSF. O PSF é na comunidade, ou seja, no local onde o povo está. A parte curativa é com o hospital. Por isso, que eu discordo desse meio. O PSF é preventivo, e não curativo”* (presidente do COREN).

Em relação ao trabalho do ACS, o representante do conselho discorda que tenha qualquer função de assistência. Para ele, o ACS deveria apenas levantar dados para a equipe atuar.



A entidade não se posiciona quanto ao processo seletivo, mas reconhece que, como é feito, evita o ‘nepotismo’ (sic) e permite avaliação de competência, mas lembra que, para trabalhar no PSF, é preciso ter o perfil adequado e gostar do tipo de atendimento na área de saúde pública.

Em relação aos contratos através de ONGs, Cooperativas e OSCIPs, fundações de apoio e as terceirizações, o presidente reitera que não cabe ao COREN interferir neste processo, mas afirma que, com a intermediação dos contratos, em geral a responsabilidade se dilui entre as instituições contratantes e contratadas e há maior possibilidade de irregularidades. Reconhece também que no PSF, em Santa Catarina, há várias prefeituras do interior que têm convênios com ONGs, às quais repassam recursos para contratação de pessoal.

O COREN considera que a rotatividade no PSF não é grande em relação à categoria e, como mecanismo de fixação dos profissionais, avalia que um bom salário é a alternativa, defendendo a equiparação salarial com os médicos. Para o Presidente do COREN, a diferenciação tem que se dar pela qualificação e não pela profissão.

Dentre os principais conflitos foi apontado: i) o cumprimento da carga horária, que, de acordo com o conselho, é flexibilizado no PSF aos médicos e dentistas e não aos enfermeiros, apesar da existência do ponto eletrônico; ii) a pretensão dos médicos de “*mandar nos enfermeiros*” (sic); iii) a posição do enfermeiro na equipe.

Para o presidente do conselho, as equipes de saúde da família deveriam ser compostas exclusivamente por profissionais de nível superior: “*O programa é fantástico, mas tem que funcionar de acordo com os moldes que foram implantados em Cuba e no Canadá. Se for assim, funciona para tampar buraco e não adianta dizer que faz PSF*” (presidente do COREN).

### **Associação Catarinense de Medicina da Família e Comunidade**

A Associação, que existe desde abril de 2004, é favorável ao desenvolvimento do PSF no município, não apresentando manifestação contrária a sua implementação. A entidade se posiciona de forma favorável à contratação de recursos humanos por meio de concurso público, conforme já vem acontecendo no município de Florianópolis. A secretária do conselho identifica conflitos entre médicos generalistas e alguns especialistas, como, por exemplo, o pediatra. Para atender à demanda de alta cobertura pelo PSF em relação à formação, detectou-se a necessidade de aumentar o número de vagas para a Residência.

Não foram identificados conflitos entre as atribuições do generalista e as funções do profissional de enfermagem.

Em relação à integração do PSF à rede de serviços, considerou que não está abandonado e que a estratégia de “matriciamento” e o prontuário eletrônico têm contribuído para a melhor integração.

A secretária avalia que o modelo da Estratégia Saúde da Família no município se caracteriza pelo grande número de médicos de família e comunidade em atuação. Para a consolidação da Estratégia Saúde da Família, segundo ela, seria preciso realizar novos concursos para substituir os profissionais contratados temporariamente, aumentar as capacitações, adaptar o número de equipes à população coberta e oferecer maiores incentivos aos profissionais que atuam na estratégia, como, por exemplo, a oportunidade de participar de cursos de pós-graduação, congressos etc.

Para maior expansão de cobertura, o fator principal seria o aumento do financiamento. Entre os resultados obtidos, a entrevistada destacou o maior fluxo da população nas Unidades de Saúde, a diminuição dos atendimentos de emergência e a diminuição das internações por causas sensíveis à APS.

Entre as recomendações a outros gestores destaca-se o comprometimento do gestor municipal com o fortalecimento da APS como porta de entrada do sistema de saúde, com ampla cobertura pelo PSF e acompanhada de medidas para aumento de sua resolutividade e a contratação de profissionais por meio de concurso público.

As entidades profissionais, em seu conjunto, parecem não oferecer resistências à consolidação da ESF. A Associação Catarinense de Medicina de Família e Comunidade se manifestou fortemente favorável ao PSF, enquanto o COREN e o CRM não se posicionaram contra o programa no município, mas não foram tão enfáticos. Seus dirigentes demonstraram pouco conhecimento sobre o PSF, embora ambos tenham relatado problemas quanto à falta de condições de trabalho para os profissionais, chamando a atenção para o fato de que a implantação da ESF não diminuiu as filas nos serviços de emergência.

## **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 dos diferentes municípios em função da descentralização que caracteriza o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

A gestão do trabalho,<sup>3</sup> segundo a Secretaria da Gestão do Trabalho e da 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 mútuo. 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.

Na pesquisa “Estudos de caso sobre implementação da Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos”, a abordagem sobre a gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família contempla elementos que possibilitam compreender a forma como as relações de trabalho são estabelecidas. Para tanto, a pesquisa buscou conhecer o perfil dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família em relação a sexo, idade e formação, assim como o envolvimento desses profissionais em fóruns de formulação da política, de ações de saúde e em entidades representativas.

O detalhamento sobre a forma de inserção desses profissionais é possibilitado por meio do mapeamento dos vínculos estabelecidos, mecanismos de seleção utilizados e a remuneração dos profissionais. Nesse contexto, buscou-se verificar a rotatividade e os possíveis motivos de insatisfação dos profissionais que dificultam sua fixação. A capacitação é componente essencial para compreender a aderência dos profissionais à saúde da família bem como os incentivos disponíveis para assegurar essa dimensão.

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 estabelecidas pelos profissionais no contexto de trabalho da estratégia saúde da família.

De maneira geral, as informações reunidas através das entrevistas com gestores e por meio dos questionários respondidos pelos profissionais demonstram que a gestão de trabalho das equipes de saúde da família em Florianópolis 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 pela busca da regularização dos vínculos através da realização de concursos públicos, pelo investimento e valorização do processo de qualificação dos trabalhadores, pelo tempo de permanência dos profissionais nas equipes, pelos mecanismos de remuneração adequados por categoria e complementações via recompensas específicas e pelas estratégias de fortalecimento das equipes através da implantação do modelo matricial.

No entanto, chama a atenção que embora esses mecanismos de gestão estejam implementados, ainda se destaca, principalmente no relato dos gestores, a dificuldade para atração e retenção dos profissionais médicos.

Como principais desafios para a gestão do trabalho no município de Florianópolis, os gestores destacam a inserção dos ACSs no quadro permanente, a necessidade de um Plano de Carreiras próprio para a área de saúde, a adesão das categorias médica e de enfermagem e suas respectivas representações ao novo modelo assistencial que orienta a Estratégia Saúde da Família e o aperfeiçoamento dos mecanismos de gestão.

Do ponto de vista do perfil dos profissionais, destaca-se a necessidade de ampliar a quantidade de profissionais com especialização própria para atuar na Estratégia Saúde da Família, principalmente enfermeiros. Relembre-se que os fatores principais apontados pelos profissionais como os motivos da sua escolha para trabalhar na Estratégia Saúde da Família diziam respeito a esta poder reorganizar a atenção à saúde no SUS e resolver as principais necessidades de saúde da população.

Sobre a rotatividade, deve-se considerar que a percepção dos profissionais ainda aponta a remuneração como fator de insatisfação, embora a SMS de Florianópolis tenha implantado a complementação dos profissionais em seu patamar mais alto e ofereça benefícios. Além

---

<sup>3</sup>A partir do site do Ministério da Saúde, disponível em:

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.

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. 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 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 Florianópolis reforçam os desafios na busca de minimizar a complexidade da inserção dos profissionais na Estratégia Saúde da Família face ao contexto de trabalho e seu entorno.

No sentido de alterar este panorama, são colocadas algumas dimensões críticas que devem ser analisadas e acompanhadas por 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 os 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 em formação profissional e capacitação, e, de outro, estão as questões relativas à *gestão do trabalho*, que se centram nos processos de utilização<sup>4</sup> dos recursos humanos, campo no qual se discutem processos de recrutamento e seleção, contratação e remuneração (Pierantoni, 2001; Dal Poz, 2002; Fonseca e Seixas, 2002).

---

[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=23760](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23760)

<sup>4</sup> 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: descentralização; maior flexibilidade nas condições de trabalho e ênfase no enfoque de equipe; 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, 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 mudança no modelo assistencial proposta a partir da implantação do PSF, que envolve mudanças expansionistas de cobertura e de abertura dos 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, Varela e França, 2004).

Estes desafios se somam a um conjunto de problemas que não foram equacionados e formam um panorama a apontar diversos pontos nos quais a discussão de RH deve avançar. Muitos destes problemas não são exclusivos do Brasil, mas são enfrentados em diversos países do mundo. 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 deste contexto que se destaca o papel do Estado no gerenciamento de pessoas, 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, em que a gestão de RH é um deles, e ressalta-se a importância do conhecimento de tais determinantes para subsidiar as próprias ações da gestão de recursos humanos.

Pesquisas a respeito da rotatividade de profissionais da saúde argumentam que a desejada fixação do trabalhador da saúde 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 prestam coletivamente 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 da questão da fixação de médicos, que passa por todas as questões relativas às motivações e à vocação do profissional, à sua formação, às condições objetivas de trabalho e ao imaginário acerca da profissão. Levam em conta, ainda, as características desta profissão analisada sob enfoque sociológico e a natureza da atividade desenvolvida.

## **VII. ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Esta parte do relatório propõe-se a analisar o processo de trabalho e as práticas assistenciais das equipes de saúde da família (ESFs) a partir dos questionários autoaplicados aos profissionais do município de Florianópolis, abordando os seguintes aspectos: as ações programáticas, o atendimento às demandas da população, a utilização dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) pela equipe, o estabelecimento de ações prioritárias para o atendimento da população, a descrição das principais atividades realizadas por cada tipo de profissional da ESF e a relação deste com a população atendida.

### **1. PROGRAMAÇÃO DAS ATIVIDADES DA EQUIPE**

Os médicos afirmam que os principais instrumentos a orientar a realização da programação das ações desenvolvidas pela ESF são: as demandas da população (77%) e as orientações da Secretaria Municipal de Saúde (69%). Cerca de 36% dos médicos assinalaram a disponibilidade de espaço físico, o que indica limitações para a realização de atividades condicionadas por este fator.

A opinião dos enfermeiros diferiu um pouco, apontando como instrumentos mais utilizados: a demanda da população (84%), os dados do SIAB (76%), a decisão da equipe com base no perfil epidemiológico da população e na realidade local (76%), o diagnóstico da comunidade (74%) e as orientações da Secretaria Municipal de Saúde (72%). As normas do Ministério da Saúde (MS) foram apontadas por 66% dos enfermeiros.



**Tabela 1 – C5 Instrumentos que orientam a programação das ações da ESF informados pelos médicos e enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008**

Instrumentos	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
a) Dados do SIAB	21	34,4	53	75,7	74	56,5
b) Normas do Ministério da Saúde	26	42,6	46	65,7	72	55,0
c) Orientação da Secretaria Municipal de Saúde	42	68,9	50	71,4	92	70,2
d) Diagnóstico da comunidade	25	41,0	52	74,3	77	58,8
e) Decisão da equipe a partir do perfil epidemiológico da população e da realidade local	35	57,4	53	75,7	88	67,2
f) Demandas da população	47	77,0	59	84,3	106	80,9
g) Disponibilidade de espaço físico	22	36,1	28	40,0	50	38,2
h) Dados de outros sistemas de informação	5	8,2	17	24,3	22	16,8
i) Outros	4	6,6	0	0,0	4	3,1
j) Não sabe informar	2	3,3	0	0,0	2	1,5

Observação: n= 61 médicos e n=70 enfermeiros.

Descrição de outros: análise e observação dos dados coletados pela equipe após discussão; reunião de equipe,

carro (quando tem, o que é raro) e não há programação das ações.

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

Os ACSs e os auxiliares/técnicos de enfermagem informaram variados instrumentos orientadores da programação das ações desenvolvidas pela ESF. Para os ACSs, a programação é orientada, com mais frequência, por: dados do SIAB (79%), demandas da população (54%) e decisão da equipe a partir do perfil epidemiológico da população e da realidade local (51%). Para 67% dos auxiliares/técnicos de enfermagem, a programação é feita com base na orientação da Secretaria Municipal de Saúde; para 61%, é guiada pela decisão da equipe, ao considerar o perfil epidemiológico da população e a realidade local.

No conjunto de respostas dos profissionais das ESFs a esse respeito, emergem dois fatores: a forte orientação da programação das atividades da equipe pela demanda da população (81%) e pelas orientações da Secretaria Municipal de Saúde (70%).

**Tabela 2 – C5 Instrumentos que orientam a programação das ações da ESF informados pelos ACSs e auxiliares/técnicos de enfermagem, Florianópolis (SC), 2008**

Instrumentos	ACS		Aux/Téc enfermagem	
	n	%	n	%
a) Dados do SIAB	110	78,6	39	54,2
b) Normas do Ministério da Saúde	67	47,9	36	50,0
c) Orientação da Secretaria Municipal de Saúde	29	20,7	48	66,7
d) Diagnóstico da comunidade	65	46,4	38	52,8
e) Decisão da equipe a partir do perfil epidemiológico da população e da realidade local	71	50,7	44	61,1
f) Demandas da população	75	53,6	38	52,8
g) Disponibilidade de espaço físico	26	18,6	23	31,9
h) Dados de outros sistemas de informação	13	9,3	12	16,7
i) Outros	2	1,4	1	1,4
j) Não sabe informar	6	4,3	5	6,9

Observação: n = 140 ACS e n = 72 auxiliares/técnicos de enfermagem.

Descrição de outros: São feitas no colégio quando não temos espaço físico para reuniões, estou pouco informada e as decisões de cada equipe são conforme suas ideias.

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

Os enfermeiros (93%), os médicos (90%), os ACSs (82%) e os auxiliares de enfermagem (53%) são os integrantes da equipe básica que mais participam da programação de ações da ESF, segundo a maioria dos médicos e dos enfermeiros entrevistados em Florianópolis. Cabe ressaltar que os odontólogos também foram citados por muitos médicos e enfermeiros.

**Tabela 3 – C6 Profissionais que participam regularmente da programação de ações da ESF, informados pelos médicos e enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008**

Profissionais	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
a) Médicos	54	88,5	64	91,4	118	90,1
b) Enfermeiros	54	88,5	68	97,1	122	93,1
c) Odontólogos	24	39,3	34	48,6	58	44,3
d) ACS	46	75,4	61	87,1	107	81,7
e) THD	3	4,9	2	2,9	5	3,8
f) ACD	7	11,5	17	24,3	24	18,3
g) Auxiliares de enfermagem	33	54,1	36	51,4	69	52,7
h) Coordenação municipal do PSF	6	9,8	11	15,7	17	13,0
i) Coordenações distritais/ zonais/ regionais do PSF	8	13,1	8	11,4	16	12,2
j) Outros: gerência da UBS	3	4,9	8	11,4	11	8,4

Observação: n= 61 médicos e n=70 enfermeiros.

Descrição de outros: atualmente, a programação das ações é precária, equipe de técnicos de enfermagem, ninguém participa regularmente, psicólogo, nutricionista e assistente social.

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

A informação dos ACSs e dos auxiliares de enfermagem corresponde à dos médicos e enfermeiros, ou seja, as quatro categorias profissionais integrantes da equipe básica – enfermeiros (91%), médicos (84%), ACSs (80%) e auxiliares de enfermagem (59%) – participam mais regularmente da efetivação da programação de ações da Estratégia Saúde da Família. Aqui também os odontólogos foram bastante citados (54% dos ACSs e 49% dos auxiliares/técnicos de enfermagem).

**Tabela 4 – C6 Profissionais que participam regularmente da programação de ações da ESF, informados pelos ACSs e auxiliares/técnicos de enfermagem, Florianópolis (SC), 2008**

Profissionais	ACS		Aux/Téc enfermagem	
	n	%	n	%
a) Médicos	119	85,0	60	83,3
b) Enfermeiros	128	91,4	64	88,9
c) Odontólogos	76	54,3	35	48,6
d) ACS	117	83,6	52	72,2
e) THD	6	4,3	3	4,2
f) ACD	19	13,6	13	18,1
g) Auxiliares de enfermagem	75	53,6	51	70,8
h) Coordenação municipal do PSF	26	18,6	9	12,5
i) Coordenações distritais/zonais/ regionais do PSF	15	10,7	10	13,9
j) Outros	4	2,9	8	11,1

Observação: n = 140 ACS e n = 72 auxiliares/técnicos de enfermagem.

Descrição de outros: equipe complementar, pessoal da limpeza, técnicos de enfermagem (4), comunidade, estagiários, toda a equipe, não tem programação e não sei (2).

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

De acordo com 41% dos médicos e dos 53% enfermeiros, a periodicidade da programação das atividades realizadas pela sua equipe de saúde da família é semanal. Cerca de um terço dos médicos (31%) e dos enfermeiros (33%) relatou periodicidade mensal.

**Tabela 5 – C7 Periodicidade da programação das atividades da ESF informada pelos médicos e enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008**

Periodicidade	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Semanal	25	41,0	37	52,9	62	47,3
Quinzenal	2	3,3	1	1,4	3	2,3
Mensal	19	31,1	23	32,9	42	32,1
Sem regularidade	11	18,0	7	10,0	18	13,7
Não realiza programação	4	6,6	1	1,4	5	3,8
Não respondeu	-	-	1	1,4	1	0,8
Total	61	100,0	70	100,0	131	100,0

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

A maioria dos ACSs (71%) e 37% dos auxiliares/técnicos de enfermagem afirmaram que a realização da programação das atividades pela sua equipe de saúde da família é feita semanalmente. Quinze por cento dos ACSs e 31% dos auxiliares/técnicos de enfermagem relataram periodicidade mensal.

**Tabela 6 – C7 Periodicidade da programação das atividades da ESF informada pelos ACSs e auxiliares/técnicos de enfermagem, Florianópolis (SC), 2008**

Periodicidade	ACS		Aux/Téc enfermagem	
	n	%	n	%
Semanal	93	66,4	27	37,5
Quinzenal	5	3,6	4	5,6
Mensal	20	14,3	22	30,6
Sem regularidade	11	7,9	16	22,2
Não realiza a programação	2	1,4	3	4,2
Não respondeu	9	6,4	-	-
Total	140	100,0	72	100,0

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

A maior parte dos médicos (67%) afirmou que a principal utilização dos dados do SIAB é o envio mensal à secretaria de Saúde, enquanto 41% relataram que discutem os dados do SIAB entre a equipe e somente um quarto dos médicos utiliza os dados para análise e tomada de decisão. As respostas dos enfermeiros foram similares às dos médicos: a maioria (90%) respondeu que remete mensalmente à secretaria de Saúde, 77% usam os dados do SIAB para discutir entre a equipe e 53% utilizam os dados para análise e tomada de decisão.

**Tabela 7 – C8 Uso dos dados do SIAB pela equipe, informado pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Uso do SIAB	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
a) Remete mensalmente à Secretaria Municipal de Saúde	41	67,2	63	90,0	104	79,4
b) Analisa os dados para a tomada de decisões	15	24,6	37	52,9	52	39,7
c) Discute os dados com a coordenação do PSF	3	4,9	8	11,4	11	8,4
d) Discute os dados com a comunidade	1	1,6	3	4,3	4	3,1
e) Discute os dados com outros órgãos governamentais	-	-	-	-	-	-
f) Discute os dados entre a equipe	25	41,0	54	77,1	79	60,3
g) Não sabe informar	11	18,0	1	1,4	12	9,2

Observação: n= 61 médicos e n=72 enfermeiros.

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

Entre os ACSs, 61% responderam que os dados do SIAB são analisados pela equipe e usados para a tomada de decisões, 41% afirmaram que a equipe discute os dados do SIAB com a coordenação do PSF e o mesmo percentual (41%) diz que a remete mensalmente à Secretaria Municipal de Saúde. Pouco mais da metade dos auxiliares/técnicos de enfermagem respondeu que o principal uso dos dados do SIAB é

o envio mensal para a Secretaria Municipal de Saúde (58%) e cerca de 43% afirmam que os dados são discutidos entre a equipe.

**Tabela 8 – C8 Uso dos dados do SIAB pela equipe, informado pelos ACSs e auxiliares/técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Uso do SIAB	ACS		Aux/Téc enfermagem	
	n	%	n	%
a) Remete mensalmente à Secretaria Municipal de Saúde	57	40,7	42	58,3
b) Analisa os dados para a tomada de decisões	85	60,7	-	-
c) Discute os dados com a coordenação do PSF	58	41,4	20	27,8
d) Discute com a comunidade os dados	7	5,0	5	6,9
e) Discute os dados com outros órgãos governamentais	1	0,7	-	-
f) Discute os dados entre a equipe	-	-	31	43,1
g) Outros	3	2,1	35	48,6
h) Não sabe informar	6	4,3	14	19,4

Observação: n = 140 ACS e n = 72 auxiliares/técnicos de enfermagem.

Descrição de outros: reuniões com a supervisora, fazer busca e verificar a causa, Plano Diretor, Conselho Local de Saúde.

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

Solicitou-se aos ACSs e aos auxiliares/técnicos de enfermagem que indicassem a frequência com que utilizam instrumentos para facilitar o seu processo de trabalho. O cadastro das famílias foi citado por 82% dos ACSs como usada sempre ou na maioria das vezes, seguido pela reunião de equipe (79%), pelos relatórios consolidados de informações do SIAB (77%) e pela programação semanal (75%). Dois ACSs responderam não conhecer o diagnóstico da comunidade. Os auxiliares/técnicos de enfermagem relataram utilizar sempre ou na maioria das vezes: a reunião de equipe (80%), a programação semanal (62%) e o cadastro das famílias (62%).

**Tabela 9 – C14 Instrumentos utilizados pelos ACSs para facilitar o trabalho e frequência de uso, Florianópolis (SC), 2008**

Instrumentos	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Não usa		Não conhece		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Plano de metas	54	38,6	40	28,6	5	3,6	8	5,7	6	4,3	27	19,3	140	100,0
b) Programação semanal	65	46,4	40	28,6	8	5,7	7	5,0	-	-	20	14,3	140	100,0
c) Reunião de equipe	84	60,0	26	18,6	8	5,7	5	3,6	-	-	17	12,1	140	100,0
d) Mapa da área	51	36,4	24	17,1	42	30,0	4	2,9	-	-	19	13,6	140	100,0
e) Diagnóstico da comunidade	57	40,7	21	15,0	24	17,1	12	8,5	2	1,4	24	17,1	140	100,0
f) Cadastro das famílias	95	67,9	20	14,3	13	9,3	-	-	-	-	12	8,6	140	100,0
g) Relatórios Consolidados de Informações do SIAB	87	62,1	21	15,0	12	8,6	4	2,9	-	-	16	11,4	140	100,0
h) Outro	4	4,8	2	2,4	1	1,2	1	1,2	7	8,4	68	81,9	83	100,0

Descrição dos outros: controle de visitas, necessidades da área, orientações diversas e ser moradora.

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

**Tabela 10 – C14 Instrumentos utilizados pelos auxiliares/ técnicos de enfermagem para facilitar o trabalho e frequência de uso, Florianópolis (SC), 2008**

Instrumentos	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Não usa		Não conhece		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
a) Plano de metas	17	23,6	21	29,2	14	19,4	6	8,3	6	8,3	8	11,1	72	100,0
b) Programação semanal	31	43,1	14	19,4	12	16,7	8	11,1	2	2,8	5	6,9	72	100,0
c) Reunião de equipe	44	61,1	14	19,4	7	9,7	4	5,6	1	1,4	2	2,8	72	100,0
d) Mapa da área	21	29,2	16	22,2	19	26,4	4	5,6	2	2,8	10	13,9	72	100,0
e) Diagnóstico da comunidade	18	25,0	19	26,4	12	16,7	7	9,7	4	5,6	12	16,7	72	100,0
f) Cadastro das famílias	29	40,3	16	22,2	8	11,1	7	9,7	4	5,6	8	11,1	72	100,0
g) Relatórios Consolidados de Informações do SIAB	15	20,8	9	12,5	17	23,6	13	18,1	5	6,9	13	18,1	72	100,0
h) Outro	-	-	-	-	1	2,6	1	2,6	3	7,7	34	87,2	39	100,0

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

## 2. AÇÕES PRIORITÁRIAS DA EQUIPE

A maioria dos médicos (88%), dos enfermeiros (90%), dos ACSs (82%) e dos auxiliares/técnicos de enfermagem (87%) estabelece prioridades no atendimento à população cadastrada pela sua equipe.

**Tabela 11 – C9 Estabelecimento de prioridades no atendimento da população cadastrada informado pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Prioridade	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	54	88,5	63	90,0	117	89,3
Não	4	6,6	6	8,6	10	7,6
Não respondeu	3	4,9	1	1,4	4	3,1
Total	61	100,0	70	100,0	131	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 ACSs e auxiliares/técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Prioridade	ACS		Aux/Téc enfermagem	
	n	%	n	%
Sim	115	82,1	63	87,5
Não	13	9,3	6	8,3
Não respondeu	12	8,6	3	4,2
Total	140	100,0	72	100,0

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

Para os 54 médicos e 63 enfermeiros que responderam estabelecer prioridades no atendimento da população cadastrada pela sua equipe, pediu-se que indicassem essas ações. Entre os médicos, as principais foram: a atenção pré-natal (90%), a atenção à criança (84%) o controle da diabetes (74%), o controle da hipertensão (74%), a atenção aos idosos (72%) e a atenção ao puerpério (66%). As respostas dos enfermeiros foram similares: a atenção à criança (91%), a atenção pré-natal (90%), o controle da diabetes (83%), o controle da hipertensão (83%), atenção aos idosos (80%), atenção ao puerpério (80%) e o controle de câncer uterino (76%).



A saúde mental é ação prioritária para o município e foi lembrada entre as respostas por alguns profissionais entrevistados, mesmo sem ter sido incluída na lista de ações do questionário aplicado aos médicos e enfermeiros (tabela C10).

**Tabela 13 – C10 Ações prioritárias das equipes de Saúde da Família informadas pelos médicos e enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008**

Ações prioritárias	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Atenção pré-natal	55	90,2	63	90,0	118	90,1
Atenção à criança	51	83,6	64	91,4	115	87,8
Controle da diabetes	45	73,8	58	82,9	103	78,6
Controle da hipertensão	45	73,8	58	82,9	103	78,6
Atenção aos idosos	44	72,1	56	80,0	100	76,3
Atenção ao puerpério	40	65,6	56	80,0	96	73,3
Controle de câncer uterino	33	54,1	53	75,7	86	65,6
Controle da tuberculose	33	54,1	45	64,3	78	59,5
Planejamento familiar	25	41,0	47	67,1	72	55,0
Saúde bucal	21	34,4	37	52,9	58	44,3
Controle de DST/Aids	16	26,2	28	40,0	44	33,6
Controle da hanseníase	11	18,0	21	30,0	32	24,4
Atenção ao adolescente	7	11,5	15	21,4	22	16,8
Controle da dengue	5	8,2	19	27,1	24	18,3
Outros	9	14,8	6	8,6	14	10,7

Observação: n = 54 médicos e n = 63 enfermeiros que informaram que a equipe estabelece prioridade no atendimento da população cadastrada.

Descrição dos outros: atividade com escolares, grupo de educação popular em saúde, programa antitabagismo (4), recém-nascido e saúde mental (7).

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

As ações prioritárias mais citadas entre os ACSs e os auxiliares/técnicos de enfermagem que afirmaram o estabelecimento de prioridades para o atendimento entre a equipe, foram as mesmas assinaladas pelos profissionais de nível superior: a atenção à criança (91% dos ACSs e 90% dos auxiliares/técnicos de enfermagem); a atenção ao idoso (91% e 94%, respectivamente); a atenção ao pré-natal (90% e 88%, respectivamente); o controle da hipertensão e diabetes (87% e 89%, respectivamente); e a atenção ao puerpério (81% e 74%, respectivamente), o que confirma serem essas as ações prioritárias das ESFs no município.

**Tabela 14 – C10 Ações prioritárias das equipes de Saúde da Família informadas pelos ACSs e auxiliares/técnicos de enfermagem, Florianópolis (SC), 2008**

Ações prioritárias	ACS		Aux/Téc enfermagem	
	n	%	n	%
Atenção à criança	128	91,4	65	90,3
Atenção aos idosos	127	90,7	67	93,1
Atenção pré-natal	126	90,0	63	87,5
Controle da diabetes	122	87,1	64	88,9
Controle da hipertensão	122	87,1	64	88,9
Atenção ao puerpério	114	81,4	53	73,6
Controle da tuberculose	109	77,9	44	61,1
Planejamento familiar	96	68,6	43	59,7
Saúde bucal	91	65,0	44	61,1
Controle da hanseníase	88	62,9	20	27,8
Controle de câncer uterino	82	58,6	41	56,9
Controle de DST/Aids	71	50,7	26	36,1
Controle da dengue	69	49,3	23	31,9
Atenção ao adolescente	63	45,0	27	37,5
Outros	9	6,4	3	4,2

Observação: n= 115 ACS e n = 63 auxiliares/técnicos de enfermagem que informaram que a equipe estabelece prioridade no atendimento da população cadastrada.

Descrição dos outros: acamados, drogas, violência doméstica, grupos, maus tratos à mulher, saúde mental (2), quase todos os itens incluem na atenção básica, tabagismo (3), atividades com grupo sem idade específica para promoção em saúde e visitas domiciliares.

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

### 3. 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 suas experiências dos últimos 30 dias. A maioria dos médicos respondeu que realizam todos os dias as seguintes atividades: consulta clínica individual para a população cadastrada (90%), atendimento de emergência/urgência e à demanda espontânea da população (80%), procedimentos de rotina de sua responsabilidade (74%) e consulta clínica individual para grupos prioritários (61%).

Com periodicidade semanal, os médicos efetuam: reunião de equipe (46%) e visita domiciliar (59%); e 69% fazem, uma vez por mês, reuniões com a coordenação/supervisão. A maioria dos médicos (95%) não realiza partos domiciliares nem atividades de administração e gerência (72%).

A maior parte dos médicos (72%) efetua atividades de grupo, no mínimo, uma vez por mês (26%) e uma vez por semana (23%). A maioria realiza visitas domiciliares (93%), que são semanais para 59% dos médicos. Cerca de 43% destes fazem reuniões com a comunidade, e dentre estes 30% o fazem uma vez por mês.

A maior parte dos enfermeiros informou realizar todos os dias: procedimentos de rotina de sua responsabilidade (84%), atendimento à demanda espontânea da população (84%), supervisão do trabalho dos auxiliares de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde (71%), atendimentos de urgência e emergência (69%) e consulta clínica individual para a população cadastrada (59%); uma vez por semana faz: reunião de equipe (69%) e visita domiciliar (58%). Reuniões com a coordenação/supervisão são efetivadas por 77% dos enfermeiros uma vez por mês (tabela C11).

Atividades de grupo são desenvolvidas pela maior parte dos enfermeiros (86%), no mínimo, uma vez por mês (30%) e uma vez por semana (29%). A maioria dos enfermeiros realiza visitas domiciliares (97%) e, dentre eles, 56% o fazem uma vez por semana. Cerca de 47% dos enfermeiros informaram realizar reuniões com a comunidade, dentre os quais 33% o fazem uma vez por mês.

A maioria dos ACSs informou fazer todos os dias as seguintes atividades: visita domiciliar (61%), trabalho de campo, em que desenvolvem atividades dirigidas para as famílias (56%), controle de hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase (56%), além de informarem sobre imunização infantil (55%). As reuniões de equipe acontecem uma vez por semana (62%). O preenchimento dos formulários de informações para o SIAB é efetuado uma vez por mês (78%).

As visitas domiciliares são realizadas por todos os ACSs (100%) todos os dias (61%) ou, pelo menos, uma vez por mês. Sessenta e oito por cento dos ACSs informaram fazer trabalho de campo, em que desenvolvem atividades dirigidas para a comunidade em geral; destes, 29% afirmaram efetuar tais atividades todos os dias e 19%, uma vez por mês. Cerca de 68% dos ACSs fazem o levantamento das necessidades da população na área de saneamento básico e meio ambiente, dentre os quais 35% o realizam uma vez por mês e 21%, todos os dias. A organização de grupos de usuários é efetuada por 48% dos ACSs entre uma vez por mês (26%), todos os dias e 14%, uma vez por semana.

A maioria dos auxiliares/técnicos de enfermagem afirmou desenvolver todos os dias atividades tais como: aplicação de injeção e realização de curativos (90%), inalação (82%), aplicação de vacinas (71%) e pesagem de crianças (64%). As reuniões de equipe (49%) e as reuniões com a coordenação/supervisão (75%) são feitas uma vez por mês.

A maior parte dos auxiliares/técnicos de enfermagem informou que realiza visitas e procedimentos de auxiliar de enfermagem nos domicílios (71%) uma vez por mês ou mais vezes, concentrando-se em uma vez por semana (29%) e de uma a três vezes por semana (22%).

Desenvolvem atividades de campo dirigidas à comunidade em geral cerca de 57% dos auxiliares/técnicos de enfermagem, dos quais 15% afirmaram realizar tais atividades todos os dias e 14%, uma vez por mês. Por volta de 32% dos auxiliares/técnicos de enfermagem organizam grupos de usuários e, destes, 14% relataram que reúnem grupos uma vez por mês.

**Tabela 15 – C11 Frequência de realização de atividades informada pelos médicos Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 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	26,2	7	11,5	14	23,0	5	8,2	0	0,0	17	27,9	2	3,3
b) Atendimento à demanda espontânea da população	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	14,8	49	80,3	0	0,0	3	4,9
c) Procedimentos de rotina de sua responsabilidade	0	0,0	1	1,6	3	4,9	3	4,9	45	73,8	3	4,9	6	9,8
d) Atividades de capacitação continuada	20	32,8	3	4,9	4	6,6	4	6,6	1	1,6	25	41,0	4	6,6
e) Atividades de administração e gerência	4	6,6	0	0,0	4	6,6	2	3,3	2	3,3	44	72,1	5	8,2
f) Reunião de equipe	20	32,8	4	6,6	28	45,9	0	0,0	0	0,0	3	4,9	6	9,8
g) Reunião com a comunidade	18	29,5	2	3,3	2	3,3	0	0,0	0	0,0	35	57,4	4	6,6
h) Consulta clínica individual/ consulta de enfermagem para a população cadastrada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	4,9	55	90,2	1	1,6	2	3,3
i) Consulta clínica individual/ consulta de enfermagem para grupos prioritários	1	1,6	0	0,0	6	9,8	2	3,3	37	60,7	6	9,8	9	14,8
j) Visita domiciliar	8	13,1	9	14,8	36	59,0	3	4,9	0	0,0	4	6,6	1	1,6
l) Atendimento de emergência/urgência	0	0,0	1	1,6	0	0,0	6	9,8	49	80,3	1	1,6	4	6,6
m) Pequenas cirurgias ambulatoriais	6	9,8	9	14,8	6	9,8	3	4,9	2	3,3	34	55,7	1	1,6
n) Partos domiciliares	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6	58	95,1	2	3,3
o) Ações de educação em saúde	13	21,3	3	4,9	8	13,1	3	4,9	16	26,2	13	21,3	5	8,2
p) Supervisão do trabalho dos auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde	3	4,9	5	8,2	17	27,9	0	0,0	3	4,9	30	49,2	3	4,9
q) Reunião com a coordenação/ supervisão	42	68,9	1	1,6	8	13,1	1	1,6	0	0,0	6	9,8	3	4,9
s) Outra	1	1,6	1	1,6	2	3,3	-	-	2	3,3	-	-	-	-

Observação: n= 61 médicos.

Descrição dos outros: Cruz Vermelha do Brasil 1 vez por mês – no sábado; matriciamento, reunião programa docente-assistencial, tratamento/aplicação de acupuntura e tutora de residentes de saúde da família.

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

**Tabela 16 – C11 Frequência de realização de atividades informada pelos enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 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		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Atividades de grupo com pacientes em atendimento na USF	21	30,0	8	11,4	20	28,6	6	8,6	1	1,4	10	14,3	4	5,7
b) Atendimento à demanda espontânea da população	0	0,0	4	5,7	0	0,0	6	8,6	59	84,3	0	0,0	1	1,4
c) Procedimentos de rotina de sua responsabilidade	0	0,0	1	1,4	0	0,0	5	7,1	62	88,6	1	1,4	1	1,4
d) Atividades de capacitação continuada	24	34,3	7	10,0	12	17,1	3	4,3	5	7,1	15	21,4	4	5,7
e) Atividades de administração e gerência	6	8,6	2	2,9	7	10,0	10	14,3	34	48,6	7	10,0	4	5,7
f) Reunião de equipe	16	22,9	3	4,3	48	68,6	2	2,9	0	0,0	0	0,0	1	1,4
g) Reunião com a comunidade	23	32,9	2	2,9	1	1,4	1	1,4	0	0,0	37	52,9	6	8,6
h) Consulta clínica individual/ consulta de enfermagem para a população cadastrada	0	0,0	0	0,0	2	2,9	21	30,0	41	58,6	3	4,3	3	4,3
i) Consulta clínica individual/ consulta de enfermagem para grupos prioritários	3	4,3	2	2,9	4	5,7	29	41,4	22	31,4	5	7,1	5	7,1
j) Visita domiciliar	6	8,6	14	20,0	39	55,7	4	5,7	1	1,4	2	2,9	4	5,7
l) Atendimento de emergência/urgência	1	1,4	3	4,3	0	0,0	13	18,6	48	68,6	1	1,4	4	5,7
m) Pequenas cirurgias ambulatoriais	3	4,3	1	1,4	1	1,4	0	0,0	0	0,0	61	87,1	4	5,7
n) Partos domiciliares	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	65	92,9	5	7,1
o) Ações de educação em saúde	11	15,7	11	15,7	16	22,9	7	10,0	17	24,3	4	5,7	4	5,7
p) Supervisão do trabalho dos auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde	2	2,9	3	4,3	7	10,0	4	5,7	50	71,4	1	1,4	3	4,3
q) Reunião com a coordenação/ supervisão	54	77,1	2	2,9	3	4,3	2	2,9	2	2,9	3	4,3	4	5,7
s) Outra	-	-	-	-	1	1,4	-	-	-	-	-	-	-	-

Observação: n=70 enfermeiros.

Descrição dos outros: matriciamento com especialidades.

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

**Tabela 17 – C11 Frequência de realização de atividades informada pelos agentes comunitários de saúde, Florianópolis (SC), 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	20	14,3	3	2,1	-	-	5	3,6	79	56,4	14	10,0	19	13,6
b) Trabalho de campo desenvolvendo atividades dirigidas para a comunidade em geral	26	18,6	7	5,0	13	9,3	9	6,4	41	29,3	19	13,6	25	17,9
c) Atividades de capacitação continuada	21	15,0	3	2,1	17	12,1	1	0,7	8	5,7	47	33,6	43	30,7
d) Atividades de administração	20	14,3	1	,7	13	9,3	3	2,1	2	1,4	55	39,3	46	32,9
e) Reunião de equipe	25	17,9	7	5,0	87	62,1	4	2,9	1	0,7	-	-	16	11,4
f) Visita domiciliar	16	11,4	3	2,1	17	12,1	3	2,1	86	61,4	-	-	15	10,7
g) Atualização do cadastro	39	27,9	12	8,6	14	10,0	7	5,0	45	32,1	1	0,7	22	15,7
h) Identificação das famílias de risco	17	12,1	7	5,0	11	7,9	4	2,9	70	50,0	5	3,6	26	18,6
i) Busca ativa de grupos prioritários	21	15,0	4	2,9	21	15,0	16	11,4	45	32,1	7	5,0	26	18,6
j) Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil	40	28,6	3	2,1	7	5,0	8	5,7	64	45,7	2	1,4	16	11,4
k) Acompanhamento à gestantes	58	41,4	9	6,4	5	3,6	4	2,9	47	33,6	2	1,4	15	10,7
l) Prevenção de DST e AIDS	32	22,9	5	3,6	9	6,4	1	0,7	44	31,4	26	18,6	23	16,4
m) Prevenção da dengue	24	17,1	1	0,7	1	0,7	3	2,1	56	40,0	21	15,0	34	24,3
n) Informa sobre imunização infantil	33	23,6	3	2,1	1	0,7	3	2,1	77	55,0	4	2,9	19	13,6
o) Informa sobre reidratação oral (soro caseiro)	34	24,3	2	1,4	2	1,4	9	6,4	58	41,4	11	7,9	24	17,1
p) Aleitamento materno	34	24,3	8	5,7	4	2,9	6	4,3	64	45,7	6	4,3	18	12,9
q) Informa sobre planejamento familiar	32	22,9	2	1,4	7	5,0	10	7,1	59	42,1	13	9,3	17	12,1
r) Informa sobre alimentação saudável	27	19,3	3	2,1	7	5,0	4	2,9	69	49,3	10	7,1	20	14,3
s) Prevenção do câncer de colo de útero	32	22,9	2	1,4	4	2,9	11	7,9	58	41,4	12	8,6	21	15,0
t) Controle de hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase	35	25,0	1	0,7	4	2,9	8	5,7	78	55,7	1	0,7	13	9,3

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	%
u) Cuidado de idosos	26	18,6	8	5,7	7	5,0	8	5,7	68	48,6	6	4,3	17	12,1
v) Acompanhamento das consultas médicas e de enfermagem domiciliares	28	20,0	15	10,7	50	35,7	8	5,7	17	12,1	5	3,6	17	12,1
w) Levantamento das necessidades da população na área de saneamento e meio ambiente	49	35,0	1	0,7	12	8,6	4	2,9	29	20,7	24	17,1	21	15,0
y) Desenvolvimento de ações de educação e vigilância à saúde	30	21,4	1	0,7	12	8,6	2	1,4	46	32,9	20	14,3	29	20,7
x) Agendamentos e encaminhamentos necessários	12	8,6	4	2,9	25	17,9	9	6,4	51	36,4	21	15,0	18	12,9
z) Levantamento dos problemas de saúde da população adscrita	26	18,6	6	4,3	18	12,9	3	2,1	49	35,0	11	7,9	27	19,3
aa) Organização de grupos de usuários	37	26,4	2	1,4	19	13,6	1	0,7	8	5,7	35	25,0	38	27,1
ab) Preenchimento dos formulários de informações para o SIAB	109	77,9	1	0,7	2	1,4	3	2,1	6	4,3	2	1,4	17	12,1
ac) Reuniões com a coordenação/supervisão	45	32,1	12	8,6	62	44,3	4	2,9	-	-	1	0,7	16	11,4
ad) Busca dos faltosos a consultas agendadas na unidade	18	12,9	3	2,1	23	16,4	18	12,9	36	25,7	23	16,4	19	13,6
ae) Outros	-	-	-	-	4	4,9	-	-	1	1,2	-	-	-	-

Observação: n= 140 ACS.

Descrição dos outros: busca ativa, crianças desnutridas, recados e avisos aos usuários, campanhas de vacinação (2).

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



**Tabela 18 – C11 Frequência de realização de atividades informada pelos auxiliares/ técnicos de enfermagem, Florianópolis (SC), 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	15	20,8	3	4,2	9	12,5	4	5,6	6	8,3	28	38,9	7	9,7
b. Trabalho de campo desenvolvendo atividades dirigidas para a comunidade em geral	10	13,9	3	4,2	5	6,9	4	5,6	11	15,3	31	43,1	8	11,1
c. Atividades de capacitação continuada	12	16,7	1	1,4	8	11,1	-	-	2	2,8	37	51,4	12	16,7
d. Atividades de administração e gerência	7	9,7	-	-	2	2,8	2	2,8	4	5,6	43	59,7	14	19,4
e. Reunião de equipe	35	48,6	3	4,2	25	34,7	-	-	1	1,4	5	6,9	3	4,2
f. Ações de educação e vigilância à saúde	9	12,5	4	5,6	3	4,2	2	2,8	20	27,8	17	23,6	17	23,6
g. Agendamento de consultas na própria USF	1	1,4	2	2,8	9	12,5	8	11,1	32	44,4	15	20,8	5	6,9
h. Agendamento de consultas especializadas	1	1,4	1	1,4	1	1,4	2	2,8	23	31,9	36	50,0	8	11,1
i. Realização de consulta	-	-	-	-	1	1,4	4	5,6	22	30,6	38	52,8	7	9,7
j. Aplicação de vacinas	1	1,4	-	-	2	2,8	3	4,2	51	70,8	12	16,7	3	4,2
k. Realização de curativos	-	-	-	-	-	-	5	6,9	64	88,9	-	-	3	4,2
l. Aplicação de injeção	-	-	-	-	-	-	4	5,6	65	90,3	1	1,4	2	2,8
m. Inalação	-	-	-	-	-	-	8	11,1	59	81,9	1	1,4	4	5,6
n. Pesagem de crianças	3	4,2	1	1,4	3	4,2	6	8,3	46	63,9	7	9,7	6	8,3
o. Fornecimento de leite e óleo para desnutridos	18	25	3	4,2	13	18,1	1	1,4	10	13,9	18	25,0	9	12,5
p. Acompanhar as consultas médicas ou de enfermagem quando necessário	5	6,9	12	16,7	9	12,5	3	4,2	16	22,2	20	27,8	7	9,7
q. Atendimento específico em casos de acidentes de trabalho	3	4,2	-	-	2	2,8	2	2,8	7	9,7	48	66,7	10	13,9
r. Notificar acidentes de trabalho	1	1,4	1	1,4	-	-	-	-	5	6,9	51	70,8	14	19,4
s. Notificar doenças de vigilância epidemiológica	5	6,9	4	5,6	4	5,6	2	2,8	24	33,3	23	31,9	10	13,9
t. Realizar visitas e procedimentos de auxiliar de enfermagem nos domicílios	5	6,9	8	11,1	21	29,2	16	22,2	11	15,3	9	12,5	2	2,8

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	%
u. Visitar doentes em casos de urgências	6	8,3	7	9,7	9	12,5	7	9,7	16	22,2	19	26,4	8	11,1
v. Levantamento das necessidades da população na área de saneamento e meio ambiente	13	18,1	2	2,8	3	4,2	-	-	5	6,9	41	56,9	8	11,1
x. Organização de grupos de usuários	10	13,9	4	5,6	7	9,7	1	1,4	1	1,4	39	54,2	10	13,9
y. Preencher formulários de informações para o SIAB	9	12,5	-	-	1	1,4	1	1,4	11	15,3	42	58,3	8	11,1
aa. Reuniões com a coordenação /supervisão	54	75,0	1	1,4	4	5,6	3	4,2	-	-	6	8,3	4	5,6
ac. Outros.	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2,8	-	-	-	-

Observação: n= 72 auxiliares/técnicos de enfermagem.

Descrição dos outros: atendimento em farmácia, grupo antitabagismo e troca de função por motivo de cirurgia.

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

### Visita domiciliar

Como mencionado, a maior parte dos agentes comunitários de saúde (70%) realiza visitas domiciliares a cada família com frequência mínima mensal. Quarenta por cento dos ACSs do município de Florianópolis visitam as famílias mais de uma vez por mês, enquanto 30% deles responderam realizar visitas domiciliares uma vez por mês para cada família. Alguns entrevistados (10%) disseram que a frequência das visitas depende das necessidades de cada família.

**Tabela 19 – C13 Frequência de visitas domiciliares a cada família informada pelos agentes comunitários de saúde, Florianópolis (SC), 2008**

Periodicidade	n	%
Mais de uma vez por mês	56	40,0
Uma vez por mês	42	30,0
A cada 45 dias	2	1,4
A cada dois meses	1	0,7
A cada três ou mais meses	2	1,4
Outra	31	22,1
Não respondeu	6	4,3
Total	140	100,0

Descrição dos outros: depende da família que acompanha (14); 1 vez por semana para pacientes acamados; 1 a 3 vezes por mês para pacientes acamados (2); primeiro, os marcadores e depois, os outros; 2 vezes em caso que precise busca ativa; ACSs fazem visita todos os dias, uma vez por mês e mais vezes, quando exige; uma vez por mês, mas às vezes é preciso ir mais (6); em casos críticos é semanal, outros mensal ou 45 dias, de segunda a sexta das 8 as 17h (2); quase todos os dias; hipertensos, diabéticos, crianças, gestantes e outros; semanalmente (2).

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

Entre os auxiliares/técnicos de enfermagem, 90% informaram que realizam visita domiciliar em conjunto com os outros profissionais.

**Tabela 20 – C12 Realização de visita domiciliar em conjunto com os outros profissionais informada pelos auxiliares/ técnicos de enfermagem, Florianópolis (SC), 2008**

Realização de visita domiciliar	n	%
Sim	65	90,3
Não	4	5,6
Não respondeu	3	4,2
Total	72	100,0

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

Solicitou-se aos 65 auxiliares/técnicos de enfermagem que afirmaram realizar visitas domiciliares em conjunto com outros profissionais da equipe, que informassem quais os profissionais que os acompanhavam. Entre as respostas, todos os integrantes da equipe básica foram apontados por mais de 60% dos auxiliares/técnicos de enfermagem e o médico está entre o profissional mais citado (74%).

**Tabela 21 – C13 Profissionais que acompanham nas visitas domiciliares informado pelos auxiliares/ técnicos de enfermagem, Florianópolis (SC), 2008**

Profissionais	n	%
Médico	48	73,8
Enfermeiro	40	61,5
ACS	44	67,7

Observação: n= 65 auxiliares/técnicos de enfermagem que realizam visita domiciliar em conjunto com outros profissionais da equipe.

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

#### 4. RELAÇÃO EQUIPE/POPULAÇÃO

A maioria dos médicos e dos enfermeiros entrevistados afirmou que a implantação do PSF mudou a relação entre os serviços e a população (67% dos médicos e 73% dos enfermeiros). Apenas um médico respondeu que não houve mudanças.

**Tabela 22 – D18 A implantação do PSF mudou a relação entre os serviços e a população, informado pelos médicos e enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008**

Mudança após implantação do PSF	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	41	67,2	51	72,9	92	70,2
Não	1	1,6	0	0,0	1	0,8
Em parte	17	27,9	17	24,3	34	26,0
Não tem opinião formada	0	0,0	1	1,4	1	0,8
Não respondeu	2	3,3	1	1,4	3	2,3
Total	61	100,0	70	100,0	131	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 (90%) e as ações desenvolvidas através das visitas domiciliares de ACS (74%).

Para esses profissionais, a população valoriza pouco ou não valoriza as reuniões para discutir a programação das ações coletivas (62%) e as reuniões para discutir diagnóstico de saúde da comunidade (57%). O atendimento pela equipe multiprofissional e a realização de atividades para acompanhamento de grupos prioritários foram considerados pelos médicos como valorizadas pela população, contudo em menor proporção (61%) que as demais.

**Tabela 23 – D19 Valorização pela população dos procedimentos introduzidos pela PSF informado por médicos, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Atividade	Valoriza muito		Valoriza		Valoriza pouco		Não valoriza		Não sabe		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Atendimento por uma equipe multiprofissional	14	23,0	23	37,7	17	27,9	4	6,6	1	1,6	2	3,3
b) Realização de atividades para acompanhamento de grupos prioritários	9	14,8	28	45,9	19	31,1	2	3,3	1	1,6	2	3,3
c) Ações desenvolvidas através de visitas domiciliares de ACS	17	27,9	28	45,9	12	19,7	2	3,3	0	0,0	2	3,3
d) Visitas domiciliares de médicos e enfermeiros	33	54,1	22	36,1	3	4,9	1	1,6	0	0,0	2	3,3
e) Reuniões para discutir diagnóstico de saúde da comunidade	3	4,9	16	26,2	21	34,4	14	23,0	5	8,2	2	3,3
f) Reuniões para discutir programação das ações coletivas	3	4,9	14	23,0	22	36,1	16	26,2	4	6,6	2	3,3

Observação: n= 61 médicos.

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

Na opinião dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, a população valoriza ou valoriza muito as visitas domiciliares de médicos e enfermeiros (93%); as ações desenvolvidas através de visitas domiciliares de ACS (74%); a realização de atividades para acompanhamento de grupos prioritários (70%); e o atendimento pela equipe multiprofissional (69%). Valoriza pouco ou não valoriza as reuniões para discutir programação das ações coletivas (70%) e as reuniões para discutir diagnóstico de saúde da comunidade (67%).

**Tabela 24 – D19 Valorização pela população de procedimentos introduzidos pela ESF informada por enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Atividade	Valoriza muito		Valoriza		Valoriza pouco		Não valoriza		Não sabe		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Atendimento por uma equipe multiprofissional	14	20,0	34	48,6	18	25,7	2	2,9	0	0,0	2	2,9
b) Realização de atividades para acompanhamento de grupos prioritários	12	17,1	37	52,9	18	25,7	1	1,4	0	0,0	2	2,9

Atividade	Valoriza muito		Valoriza		Valoriza pouco		Não valoriza		Não sabe		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
c) Ações desenvolvidas através de visitas domiciliares de ACS	22	31,4	30	42,9	16	22,9	0	0,0	0	0,0	2	2,9
d) Visitas domiciliares de médicos e enfermeiros	38	54,3	27	38,6	3	4,3	0	0,0	0	0,0	2	2,9
e) Reuniões para discutir diagnóstico de saúde da comunidade	4	5,7	11	15,7	28	40,0	19	27,1	6	8,6	2	2,9
f) Reuniões para discutir programação das ações coletivas	4	5,7	9	12,9	29	41,4	20	28,6	6	8,6	2	2,9

Observação: n=70 enfermeiros.

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

Perguntados sobre a relação da ESF com a população que atende, cerca de metade dos médicos (53%) e dos enfermeiros (47%) entende que estabelecem vínculos com a população com base no reconhecimento das famílias, de seus membros individuais e de suas necessidades específicas.

Para 30% dos médicos e 34% 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 cerca de 18% dos médicos e enfermeiros assinalaram a opção: a relação com a população é cordial e cooperativa. A pergunta permitia múltiplas respostas.

**Tabela 25 – D20 Relação da ESF com a população que atende segundo médicos e enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008**

Relação com a população	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
É cordial e cooperativa na resolução dos problemas	11	18,0	12	17,1	23	17,6
É formal em função das necessidades do serviço de saúde	6	9,8	8	11,4	14	10,7
Estabelece vínculos com base no reconhecimento das famílias, de seus membros individuais e de suas necessidades específicas	32	52,5	33	47,1	65	49,6
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	18	29,5	24	34,3	42	32,1

Observação: n= 60 médicos e n=70 enfermeiros.

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

A maioria dos ACSs (56%) afirmou ter o costume de sempre procurar a família do usuário para discutir o problema de saúde dele, do mesmo modo que o fazem 42% dos auxiliares/técnicos de enfermagem, enquanto 24% dos ACSs e 33% dos auxiliares/técnicos de enfermagem relataram que raramente procuram a família do usuário.

**Tabela 26 – D4 ACS e auxiliares/ técnicos de enfermagem procuram a família do usuário para discutir seu problema de saúde, Florianópolis (SC), 2008**

Procura da família	ACS		Aux/téc enfermagem	
	n	%	n	%
Sim, sempre	78	55,7	30	41,7
Sim, raramente	33	23,6	24	33,3
Sim, nunca	21	15,0	17	23,6
Não respondeu	8	5,7	1	1,4
Total	140	100,0	72	100,0

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

De acordo com os ACSs, a condição de morador da comunidade em que atuam interfere principalmente na observação de focos de risco no ambiente familiar e no social (33%), no acesso dos moradores para apresentarem queixas e discutirem soluções para os problemas (32%) e na aceitação de sua presença nos domicílios (27%).

**Tabela 27 – D6 Interferência da condição de morador da comunidade nas atividades dos agentes comunitários de saúde, Florianópolis (SC), 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	32	22,9	15	10,7	84	60,0	1	0,7	8	5,7	140	100,0
b) No acesso dos moradores aos ACSs para apresentarem queixas e discutir soluções	45	32,1	21	15,0	60	42,9	2	1,4	12	8,6	140	100,0
c) Na aceitação de sua presença em seus domicílios	38	27,1	18	12,9	72	51,4	2	1,4	10	7,1	140	100,0
d) Na observação de focos de riscos no ambiente familiar e social	46	32,9	21	15,0	56	40,0	9	6,4	8	5,7	140	100,0
e) Na mobilização da população em torno dos problemas ambientais e de saúde	36	25,7	32	22,9	57	40,7	5	3,6	10	7,1	140	100,0
f) Na participação da população nos Conselhos Locais de Saúde	24	17,1	27	19,3	68	48,6	11	7,9	10	7,1	140	100,0
g) No acompanhamento do usuário na marcação ou encaminhamento para consultas e exames em outros serviços de saúde	30	21,4	21	15,0	71	50,7	6	4,3	12	8,6	140	100,0
h) No acompanhamento do usuário na internação hospitalar	15	10,7	19	13,6	84	60,0	12	8,6	10	7,1	140	100,0
i) No retorno para os cuidados da ESF dos pacientes encaminhados para serviços especializados (contrarreferência)	27	19,3	26	18,6	58	41,4	12	8,6	17	12,1	140	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 de Saúde da Família (PSF), a localização da Unidade Saúde da Família (USF), a forma e a facilidade de acesso à USF, a experiência de atendimento das famílias e a do entrevistado (alguma vez e nos últimos 30 dias), o profissional que prestou o atendimento, em que local e os motivos, visita domiciliar por médico ou enfermeiro e saber quem é o agente comunitário de saúde (ACS) de sua área.

### 1. CONHECIMENTO DO PSF

Solicitou-se a 789 famílias cadastradas que informassem se já tinham ouvido falar ou se conheciam o Programa de Saúde da Família: 40% deram resposta afirmativa espontaneamente (C1).

Aos 473 entrevistados que disseram não conhecer a Estratégia Saúde da Família, refez-se a questão a partir da leitura do seguinte texto: “*O Programa de 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, 237 (50%) reconheceram a Estratégia após essa leitura (C2).

Assim, em Florianópolis, dentre as 789 famílias entrevistadas, 552 conheciam ou já tinham ouvido falar no PSF, o que corresponde a 70% dessas famílias.

**Tabela 1 – C1 Conhecimento espontâneo do Programa de Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Conhecimento do PSF	n	%
Sim	315	39,9
Não	473	59,9
Não respondeu	1	0,1
Total	789	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, Florianópolis (SC), 2008**

Conhecimento do PSF	n	%
Sim	237	50,1
Não	229	48,4
Não respondeu	7	1,5
Total	473	100,0

Observação: n= 473 que informaram espontaneamente não conhecer o PSF.

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

Indagou-se aos 315 entrevistados que disseram espontaneamente ter informação sobre a Estratégia Saúde da Família na primeira pergunta, de que forma souberam: metade relatou que se deu através da visita do Agente Comunitário de Saúde, 39% disseram ter sido por meio da televisão, 12%, na Unidade de Saúde e 10%, por intermédio de amigos ou da vizinhança.

**Tabela 3 – C3 Forma como tomaram conhecimento do Programa de Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Forma como conheceram	n	%
Visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS)	156	49,5
TV	123	39,0
Reunião na comunidade	2	0,6
Amigos ou vizinhança	31	9,8
Rádios	5	1,6
Jornais	15	4,8
Cartazes e folhetos	4	1,3
Visita da Equipe de Saúde da Família, que não o ACS	11	3,5
Na Unidade de Saúde	37	11,7
Passando pelo local da USF	6	1,9
Outro	31	9,8

Observação: n = 315 famílias que disseram ter conhecimento sobre o PSF; Descrição outros: Trabalha com ou conhece profissionais de saúde (12), parente (9), cursos (5), outros serviços de saúde (2), não lembra (3).

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

Dos 552 entrevistados que informaram, espontaneamente ou estimulados, conhecer a Estratégia Saúde da Família, 57% afirmaram conhecer o seu local de funcionamento.

**Tabela 4 – C4 Conhecimento do local de funcionamento do Programa de Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Conhece local de funcionamento	n	%
Sim	317	57,4
Não	176	31,9
Não respondeu	59	10,7
Total	552	100,0

Observação: n= 552 entrevistados que informaram, espontaneamente ou estimulados, conhecer o PSF.

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

Dos 317 entrevistados que conhecem o local de funcionamento, 91% informaram ter facilidade de acesso à atual Unidade de Saúde da Família (USF).

**Tabela 5 – C5 Facilidade de acesso ao atual local de funcionamento do Programa de Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Facilidade de acesso	n	%
Sim	289	91,2
Não, por dificuldades de ordem física e condições de saúde do entrevistado ou familiar	5	1,6
Não, devido à localização do Posto/Unidade de Saúde da Família	15	4,7
Não, por outro motivo	2	0,6
Não respondeu	6	1,9
Total	317	100,0

Observação: n=317 que conhecem o local de funcionamento do PSF.

Descrição de outros: Não tem dinheiro para ônibus (1); os 2 serem deficientes visuais (1)

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

Foi solicitado aos 317 entrevistados que conhecem o local de funcionamento da USF que informassem o meio de transporte utilizado para ir da residência até a Unidade de Saúde da Família: a maioria (73%) afirmou ir a pé e 18% disseram ir de carro.

**Tabela 6 – C6 Meio de transporte utilizado para chegar no local funcionamento do Programa de Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Meio de transporte	n	%
A pé	232	73,2
Carro	58	18,3
Ônibus	20	6,3
Bicicleta	6	1,9
Outro	8	2,5

Observação: n = 317 famílias que informaram conhecer o local de funcionamento do PSF.

Observação: Admite mais de uma resposta.

Descrição de outros: não utilizou o posto (3), barco (3), recebe visita domiciliar (2).

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

O cadastramento do seu domicílio na Unidade de Saúde da Família era sabido por 58% dos 552 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, Florianópolis (SC), 2008**

Conhecimento cadastro	n	%
Sim	321	58,2
Não	31	5,6
Não sabe	138	25,0
Não respondeu	62	11,2
Total	552	100,0

Observação: n= 552 entrevistados que informaram, espontaneamente ou estimulados, conhecer o PSF.

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

## 2. USO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Entre os 552 entrevistados que informaram conhecer o PSF, 85% declararam que integrantes de sua família tinham tido experiência de atendimento pela Estratégia Saúde da Família na unidade ou no domicílio por meio da 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, Florianópolis (SC), 2008**

Atendimento	n	%
Sim	469	85,0
Não	80	14,5
Não respondeu	3	0,5
Total	552	100,0

Observação: n =552 entrevistados que informaram, espontaneamente ou estimulados, conhecer o PSF.

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

Solicitou-se a essas 469 famílias com experiência de atendimento pela ESF que informassem quais profissionais da equipe as atenderam ou visitaram: 84% haviam sido pelo ACS, 44%, pelo médico e 31%, pelo enfermeiro.

**Tabela 9 – E8 Profissionais da Equipe de Saúde da Família que realizaram atendimentos às famílias, Florianópolis (SC), 2008**

Profissional da ESF	n	%
Médico	206	43,9
Enfermeiro	147	31,3
ACS	395	84,2
Auxiliar de enfermagem	63	13,4
Dentista	35	7,5
Outro	7	1,5

Observação: n = 469 famílias com integrante que teve experiência de atendimento pela Estratégia Saúde da Família.

Descrição de outro: estagiário (3), naturóloga (1), profissionais da recepção (1), planejamento familiar (1), não respondeu (1).

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

A maioria das famílias (91%) informou não ter recebido a visita domiciliar do médico ou do enfermeiro da equipe de saúde da família nos últimos 30 dias.

**Tabela 10 – E9 Visita domiciliar do médico ou enfermeiro da Equipe de Saúde da Família nos últimos 30 dias, Florianópolis (SC), 2008**

Visita domiciliar	n	%
Sim	38	8,1
Não	427	91,0
Não respondeu	4	0,9
Total	469	100,0

Observação: n = 469 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.

Entre os 38 entrevistados (8%) que disseram ter recebido visita domiciliar de profissionais de nível superior nos últimos 30 dias, 69% informaram visitas do enfermeiro e 55%, a do médico.

**Tabela 11 – E10 Profissional da Equipe de Saúde da Família que realizou visita domiciliar nos últimos 30 dias, Florianópolis (SC), 2008**

Profissional da ESF	n	%
Médico	21	55,3
Enfermeiro	25	65,8

Observação: n= 38 famílias que receberam visita do médico ou enfermeiro nos últimos 30 dias.

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

### 3. ATENDIMENTO DO PRÓPRIO ENTREVISTADO PELA ESF NOS ÚLTIMOS 30 DIAS

Perguntou-se aos 469 entrevistados que relataram experiência de atendimento pela ESF, se o próprio entrevistado fora atendido nos últimos 30 dias: 53% responderam afirmativamente.

**Tabela 12 – E11 Entrevistados que receberam atendimento nos últimos 30 dias por profissional da Equipe de Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Atendimento pela ESF	n	%
Sim	249	53,1
Não	218	46,5
Não respondeu	2	0,4
Total	469	100,0

Observação: n =469 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.

A esses entrevistados que afirmaram ter recebido atendimento nos últimos 30 dias, foi perguntado qual o profissional da ESF os atendera: 67% indicaram o ACS, 42%, o médico e 16%, o enfermeiro.

**Tabela 13 – E12 Profissional da Equipe de Saúde da Família que atendeu o entrevistado nos últimos 30 dias, Florianópolis (SC), 2008**

Profissional que atendeu	n	%
Médico	103	41,4
Enfermeiro	39	15,7
ACS	166	66,7
Auxiliar de enfermagem	20	8,0
Dentista	2	0,8

Observação: n = 249 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.

O local do atendimento por profissional da equipe de saúde da família nos últimos 30 dias foi, para 54% dos respondentes, na própria casa durante as visitas domiciliares e, para 43%, na unidade de saúde.

**Tabela 14 – E13 Local de atendimento do entrevistado por profissional da Equipe de Saúde da Família nos últimos 30 dias, Florianópolis (SC), 2008**

Local do atendimento	n	%
Na casa do entrevistado durante as visitas domiciliares	135	54,2
Na unidade de saúde	106	42,6
Não respondeu	4	1,6
Outro	4	1,6
Total	249	100,0

Observação: n = 249 entrevistados que receberam atendimento por profissional da ESF.

Descrição do outro: no hospital (1), selecionou 1 e 2 (3).

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

Os principais motivos do atendimento do entrevistado pelo profissional da ESF nos últimos 30 dias foram: visita domiciliar de rotina da equipe (51%); por doença ou porque se sentiu mal (27%); para dar continuidade ao tratamento de doença crônica (hipertensão/diabéticos) (12%).

**Tabela 15 – E14 Motivo de atendimento do entrevistado por profissional da Equipe de Saúde da Família nos últimos 30 dias, Florianópolis (SC), 2008**

Motivo do atendimento	n	%
Porque era visita domiciliar de rotina	129	51,8
Por motivo de doença ou porque se sentiu mal	68	27,3
Para dar continuidade ao tratamento de doença crônica (Hipertensão /Diabetes)	29	11,6
Para vacinação	17	6,8
Para realizar preventivo ginecológico	4	1,6
Para atendimento odontológico	3	1,2
Para realizar consulta de rotina	3	1,2
Para consulta pós-parto	3	1,2
Para pré-natal	2	0,8
Outro	12	4,8

n = 249 entrevistados que receberam atendimento por profissional da ESF. Observação: Admite mais de uma resposta. Descrição do outro: Exames (3), nutricionista (2), acamado (1), acompanhar filho (1), Bolsa-família (1), consulta com especialista (1), perícia (1), psicólogo (1), não teve atendimento (1).

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

#### 4. CONHECIMENTO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Perguntou-se às 469 famílias com experiência de atendimento pela Estratégia Saúde da Família se conheciam o Agente Comunitário de Saúde que atua na sua área de moradia. O índice desse conhecimento por parte das famílias com experiência de atendimento na USF foi alto: 85% informaram conhecer esse profissional. O que corresponde a cerca da metade das famílias entrevistadas (398/789).



**Tabela 16 – G1 Conhecimento do Agente Comunitário de Saúde da área de moradia, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Conhecimento do ACS	n	%
Sim	398	84,9
Não	68	14,5
Não respondeu	3	0,6
Total	469	100,0

Observação: n = 469 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.

Dos 398 entrevistados que conheciam o Agente Comunitário de Saúde de sua área de moradia, 96% informaram que já haviam sido atendidos ou tinham recebido visita do ACS.

**Tabela 17 – G2 Atendimento ou visita do Agente Comunitário de Saúde da área de moradia, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Atendimento ou visita do ACS	n	%
Sim	380	95,5
Não	17	4,3
Não respondeu	1	0,3
Total	398	100,0

Observação: n = 398 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.

## **IX. POSIÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA REDE ASSISTENCIAL**

A existência da 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).

Nesse sentido, o atendimento das diversas demandas da população – programadas ou espontâneas – para ações de prevenção, tratamento e acompanhamento facilita a constituição da Unidade de Saúde da Família (USF) como serviço de procura regular.

Estudos apontam que os municípios brasileiros ainda enfrentam problemas que comprometem a condição da atenção primária em saúde (APS) como porta de entrada preferencial do sistema, além de prejudicarem 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 compromete a resolutividade que se espera dos serviços de APS (Conill, 2002; Elias et al., 2006; Fachini et al., 2006; Ibañes et al., 2006).

Desse modo, potencializar a APS como porta de entrada do sistema de saúde e aumentar sua resolutividade são pontos cruciais de enfrentamento dos gestores municipais para 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)/USF como porta de entrada preferencial ao sistema de saúde, em que há estratégias de atendimento à demanda espontânea e a identificação da USF pelos usuários como serviço de procura regular.

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

## **1. PORTA DE ENTRADA PREFERENCIAL AO SISTEMA DE SAÚDE SEGUNDO GESTORES**

A porta de entrada preferencial para o acesso ao sistema de saúde em Florianópolis é a atenção básica (AB). Aprofundando esta perspectiva, o secretário municipal de saúde considera como a primeira porta de entrada para acesso ao sistema de saúde o domicílio: *“Ao contrário do que todos pregam, o domicílio é o santuário da saúde. No momento em que o ACS é aceito pela família, se estabelece uma interligação entre a unidade de saúde e o domicílio. A partir dessa integração, a unidade consegue entrar no domicílio com a permissão dessa família”*.

A coordenação da atenção básica avalia, porém, que a porta de entrada preferencial é o centro de saúde, embora a população ainda tenha o hábito de procurar serviços de emergência e hospitais para resolver problemas de saúde que exigem o uso de tecnologias de baixa complexidade: *“Trata-se de uma questão cultural”*. Destaca, todavia, que na medida em que os fluxos no sistema de saúde estejam bem estabelecidos, com integração dos diferentes níveis de complexidade, haverá mudanças nesses aspectos.

Os coordenadores entrevistados de diversas áreas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis (vigilância à saúde e ações programáticas, vigilância epidemiológica e regulação) reconhecem igualmente que as unidades básicas/equipes de saúde da família configuram-se como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde municipal.

Representantes da Rede Docente-Assistencial consideram que as unidades básicas de saúde funcionam como porta de entrada preferencial, embora não exista uma única porta de entrada para acessar o sistema de saúde: *“Percebemos que é bem eficiente. Mas continua havendo a questão do acesso pelas emergências dos hospitais. Às vezes, a população não tem acesso na unidade básica e acaba procurando as emergências. Mas já tem essa noção do ingresso pela atenção básica, pois isso está bem sedimentado na população usuária do sistema”*.

Os gerentes das unidades de atenção básica avaliam que os usuários reconhecem a unidade como porta de entrada preferencial.

## 2. ESTRATÉGIAS DE ATENDIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA

Na visão dos gestores da saúde, o acolhimento é a principal ferramenta utilizada para a organização e o atendimento à demanda espontânea nas unidades básicas do município de Florianópolis. A coordenação da atenção básica entende que a demanda espontânea é uma das atribuições das equipes das ESFs, o que está previsto na Portaria municipal que regulamenta a atenção básica (Portaria/SMS/GAB/Nº283/2007).

Pelo relato dos gestores da saúde, a demanda espontânea era uma dificuldade nas USFs há alguns anos atrás, principalmente porque os profissionais de saúde, inclusive os médicos de saúde da família, tinham a visão de que a Estratégia Saúde da Família não contemplava esse tipo de atendimento. Entendiam que seria tarefa de responsabilidade dos serviços de urgência. A Portaria municipal 283/07, que regulamenta a atenção básica, normatizou o acolhimento como estratégia para organizar a demanda espontânea nas unidades básicas de saúde e, desde então, as unidades passaram a organizar o processo de trabalho sob essa lógica: *“Dentro da Portaria 283, estabelecemos que parte do tempo das equipes deve ser dedicada à demanda espontânea. (...) Na unidade que tenha cinco equipes, uma ficará com seu tempo disponível para receber uma criança com 39/40 graus de febre, por exemplo. Dessa forma, tenta-se evitar que essa criança seja mandada embora por uma questão de agendamento de consultas, porque não há espaço para atendimento. Isso é absurdo. (...) Essa questão foi muito importante para que as unidades com as suas equipes planejassem e tivessem percentuais do seu agendamento à disposição da demanda espontânea diariamente. Quando isto começou a acontecer, essas unidades passaram a não ser mais alvo de reclamações”* (secretário municipal de saúde).

Na prática, o atendimento da demanda espontânea nas unidades é diversificado. Em geral, para os grupos de risco com prioridade para atendimento, as consultas são agendadas e essa demanda é atendida por meio do acolhimento diário. Alguns dos centros de saúde com ESF oferecem turnos ampliados, em que há clínicos para o pronto-atendimento da demanda espontânea de grupos não prioritários. Em parte das unidades de saúde, o atendimento a esse tipo de demanda ocorre uma vez por semana, ao passo que a utilização dos serviços disponíveis nas unidades advém do agendamento prévio por ações programáticas.

Os gerentes das unidades básicas de saúde visitadas relataram diferentes estratégias de atendimento à demanda espontânea e a forma como esta se organiza. Há unidades que trabalham com consultas agendadas, outras que reservam a primeira hora dos turnos

para o acolhimento e há unidades em fase de definição de estratégias para organização da demanda espontânea: *“Temos o acolhimento, que dá conta da demanda programada e da espontânea também. Desenvolvemos uma dinâmica na qual as pessoas chegam à unidade e um ACS fica na porta para fazer o acolhimento. O ACS as recebe e sua única função é orientar o fluxo dentro da unidade. É importante dizer que o ACS faz parte da comunidade, as pessoas já o conhecem. Então, ele pega o cartão do usuário e passa direto para a enfermagem, que realiza a triagem. Isso não atrapalha nem dificulta o trabalho deles na microárea, pois acontece um período por semana. Tanto eu quanto a outra médica temos vários horários reservados na agenda para o atendimento da demanda espontânea”* (gerente UBS 1).

*“Separamos os primeiros 40 minutos para os acolhimentos. A médica é quem realiza esse acolhimento (...). A hora em que a unidade abre, tanto de manhã quanto de tarde, é o horário de maior afluxo. Então não marcamos ninguém para deixar espaço reservado para isso. Entre as três primeiras consultas e a cada duas consultas deixamos espaço para encaixar uma pequena urgência.”*

Associado ao acolhimento, dependendo do número de equipes existente nas unidades básicas, a demanda espontânea é articulada dentro da própria agenda dos profissionais: *“Por exemplo, são deixados espaços na agenda entre uma consulta e outra, prevendo a inserção de consultas de demanda espontânea. Nas unidades que têm mais de três equipes, normalmente elas estão se articulando para que uma delas faça a demanda espontânea por turno”* (gerente UBS 2).

A partir da percepção dos profissionais das ESFs com relação à demanda espontânea, nota-se que é expressiva a expectativa de atenção dos usuários por pronto-atendimento e por atendimento médico, o que pode estar potencializando a demanda espontânea nas USF.

Na avaliação de 95% dos médicos, de 93% dos enfermeiros, de 75% dos auxiliares de enfermagem e de 56% dos ACSs, o PSF não atende apenas com agendamento prévio. Mais da metade dos médicos (54%), dos enfermeiros (66%) e dos auxiliares de enfermagem (65%) afirmam que, na prática, as USFs cumprem funções de pronto-atendimento. Os ACSs foram os que mais concordaram com esta afirmativa (70%). Médicos (92%) e enfermeiros (97%) consideram ainda que a população apresenta forte

demanda por atendimento médico, pressionando a ESF para o atendimento da demanda espontânea.

Chama a atenção que 58% entre os ACSs entrevistados – profissionais que atuam mais próximo da comunidade e das famílias e são especialmente responsáveis pelas ações de promoção e de prevenção da saúde – pensam que a população resiste às ações das ESFs. Avaliam que a expectativa dos usuários por atendimento médico pode estar interferindo na adesão às ações que desenvolvem. Os demais profissionais (25% dos médicos, 28% dos enfermeiros e 35% dos auxiliares de enfermagem) concordaram menos com esta afirmativa (tabela D1a).

**Tabela 1 – D1a Avaliação dos profissionais quanto ao atendimento da demanda espontânea pela Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 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	15	24,6	17	27,8	25	34,7	81	57,8
i) O PSF atende apenas com agendamento prévio	3	4,9	4	6,6	18	25,0	62	44,3
j) A USF cumpre na prática as funções de pronto-atendimento	33	54,1	40	65,6	47	65,2	98	70,0
x) A população apresenta forte demanda por atendimento médico, pressionando a ESF para o atendimento da demanda espontânea	56	91,8	59	96,7	-	-	-	-

n= 61 médicos; n= 70 enfermeiros, n= 140 ACS, n= 72 auxiliares/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

Para que a unidade de saúde se torne o serviço de primeiro contato e de procura regular, deve ser acessível. Na avaliação dos profissionais das ESFs, o PSF ampliou o acesso de novas parcelas da população aos serviços de saúde no município (89% dos médicos, 93% dos enfermeiros e 77% dos ACSs), além de ser acessível a toda população cadastrada (64% dos médicos, 97% dos enfermeiros, 75% dos auxiliares de enfermagem e 79% dos ACSs). Um terço dos médicos discordou desta afirmativa.

Entre os ACSs, 61% consideram que o PSF concentra-se em áreas pobres ou periféricas do município. Médicos (43%) e enfermeiros (36%) concordam menos com esta afirmativa, o que vai ao encontro da perspectiva da Secretaria Municipal de Saúde de

que a Estratégia Saúde da Família venha a ser o modelo de atenção que organiza a atenção básica no município como um todo (D1b).

**Tabela 2 – D1b Avaliação dos profissionais quanto a alguns aspectos do acesso à Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Acesso	Médico Concorda muito / Concorda		Enfermeiro Concorda muito/Concorda		Aux de enfermagem Concorda muito / Concorda		ACS Concorda muito / Concorda em parte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
a) A Unidade de Saúde da Família é acessível a toda a população cadastrada	39	64,0	59	96,7	54	75,0	111	79,3
c) O PSF concentra-se em áreas pobres ou periféricas no município	26	42,6	22	36,0	37	51,3	85	60,7
h) O PSF atende com exclusividade a população cadastrada	13	21,3	22	36,0	-	-	79	56,4
l) O PSF ampliou o acesso de novas parcelas da população aos serviços de saúde no município	54	88,5	65	92,9	-	-	107	76,5
m) O PSF atrai as populações dos bairros vizinhos, que sobrecarregam o atendimento	41	67,2	44	72,1	36	50,0	88	62,9
t) O tempo médio entre o agendamento e o atendimento de consultas na Unidade de Saúde da Família é elevado	17	27,9	25	41,0	35	48,6	106	75,7
z) O número de famílias sob responsabilidade de uma ESF é adequado	15	24,6	31	50,8	-	-	-	-

n= 61 médicos; n= 70 enfermeiros, n= 140 ACS, n= 72 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 Estratégia Saúde da Família ser o ponto de primeiro contato da população no sistema de serviços de saúde municipal. Médicos (79%), enfermeiros (96%), auxiliares de enfermagem (90%) e ACS (85%) estão de acordo no que se refere à população procurar em primeiro lugar a USF quando necessita de atendimento de saúde. Concordaram também (médicos 87%, enfermeiros 89%, auxiliares de enfermagem 74% e ACS 79%) que o PSF vem substituindo as UBSs no atendimento à população, do mesmo modo que, com o PSF, a população atendida tem procurado menos os serviços hospitalares e os especializados.

Em consonância com os resultados anteriores, 18% dos médicos e 13% dos enfermeiros concordaram com a afirmativa de que a população procura em primeiro lugar a rede hospitalar ou a de unidades tradicionais de saúde. Entretanto, 62% dos ACSs têm opinião oposta aos médicos e enfermeiros sobre a mesma questão, assentindo em parte. A maioria dos profissionais (95% dos médicos, 94% dos enfermeiros, 93% dos

auxiliares de enfermagem e 90% dos ACSs) concorda que o PSF atua articulado aos programas de saúde existentes (D1c).

**Tabela 3 – D4c Avaliação dos profissionais quanto à posição da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial, Florianópolis (SC), 2008**

Posição	Médico concorda muito / Concorda		Enfermeiro concorda muito/ Concorda		Auxiliares de Enfermagem concorda muito / Concorda		ACS Concorda muito / Concorda em parte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
b) O PSF vem substituindo as unidades básicas tradicionais de saúde no atendimento da população	53	86,8	62	88,6	53	73,7	111	79,3
d) Com o PSF, a população atendida procura menos os serviços hospitalares e especializados	51	83,6	54	88,5	44	61,1	102	72,8
e) A população procura primeiro a Unidade de Saúde da família quando necessita de atendimento de saúde	48	78,7	67	95,7	D	90,2	119	85,0
f) A população procura primeiro a rede hospitalar ou de unidades tradicionais de saúde	11	18,1	8	13,1	-	-	86	61,5
k) O PSF atua articulado aos programas de saúde existentes (tuberculose, hanseníase, diabetes, entre outros)	58	95,1	66	94,3	67	93,1	126	90,0

n= 61 médicos; n= 70 enfermeiros, n= 140 ACS, n= 72 aux/técnicos de enfermagem.

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

Em síntese, do ponto de vista da gestão, a atenção básica tem se configurado como porta de entrada do sistema de saúde municipal, inclusive com normatização específica para a organização da atenção à saúde nas unidades de saúde, cujo modelo de atenção deveria se pautar na Estratégia Saúde da Família. Contudo, o município enfrenta dilemas que interferem na capacidade de as UBSs assumirem a condição de porta de entrada e de ordenadora do cuidado, tal como o desafio de responder às demandas espontâneas. O acolhimento, mecanismo de organização dessas demandas, é incipiente, o que colabora, em parte, para que percentual importante das famílias cadastradas utilize os serviços de pronto-atendimento como fonte de cuidado regular, o que será visto a seguir.

#### 4. SERVIÇO DE PROCURA REGULAR DAS FAMÍLIAS

Uma condição fundamental para que a USF se constitua como porta de entrada de um sistema de saúde é que o serviço seja acessível e fonte de cuidado regular para a população sob sua responsabilidade sanitária. Além disto, sempre que necessário, a ESF deve promover o acesso dos usuários aos serviços especializados que compõem o sistema de saúde.

A pesquisa procurou identificar a percepção da população cadastrada nas USF sobre os atributos de porta de entrada e de fonte de atenção contínua.



### Serviço de primeiro contato

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 Florianópolis. No entanto chama a atenção que menos da metade das famílias vinculadas à ESF, a partir do cadastramento, procura uma unidade básica de saúde como fonte de atenção regular.

Entre as famílias cadastradas por ESF, 74% declararam que costumam procurar o mesmo serviço de saúde para assistência ou prevenção de saúde (Tabela D10). Este percentual, embora inferior, está próximo do valor estimado na PNAD 2003, em que 79% da população brasileira dispõem de um serviço de procura regular.<sup>1</sup>

**Tabela 4 – D10 Procura do mesmo serviço de saúde para assistência ou prevenção de saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Procura regular	n	%
Sim	586	74,3
Não	188	23,8
Não respondeu	15	1,9
Total	789	100,0

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

Agregando as respostas acerca do posto ou centro de saúde e da unidade ou equipe de saúde da família do SUS, pode-se inferir que 50% das famílias cadastradas procuraram as UBS como fonte de cuidado para a assistência ou prevenção. Este valor é bem próximo ao encontrado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), na qual o posto de saúde foi a modalidade de serviço de saúde mais citada por 52% dos entrevistados.

Um quarto da população procura os serviços de saúde do setor privado como fonte de assistência ou prevenção. Nota-se que 15% das famílias cadastradas têm os serviços de pronto-socorro ou de emergência do setor público como fonte regular de atenção à saúde, percentual superior ao encontrado nas demais cidades avaliadas neste estudo (Tabela D11).

<sup>1</sup> O resumo dos dados da PNAD 2003 sobre acesso e utilização dos serviços de saúde no Brasil está disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_imprensa.php?id\\_noticia=370](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_imprensa.php?id_noticia=370). NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ

**Tabela 5 – D11 Serviço de saúde geralmente procurado para assistência ou prevenção, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Serviço de saúde	n	%
1 - Posto ou Centro de Saúde do SUS	178	30,4
2 - Unidade ou Equipe de Saúde da Família do SUS	114	19,5
3 - Policlínica ou Posto de Assistência Médica (PAM) do SUS	5	0,9
4 - Ambulatório de hospital público	28	4,8
5 - Ambulatório ou consultório de clínica ou de hospital privado	44	7,5
6 - Pronto-socorro ou emergência público	87	14,8
7 - Pronto-socorro ou emergência privado	29	4,9
8 - Consultório particular	127	21,7
9 - Drogeria ou farmácia	4	0,7
10 – Outro	10	1,7

Observação: n = 586 entrevistados que têm 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 que foram entrevistadas, 72% informaram não ter havido caso de adoecimento em sua família nos últimos trinta dias (Tabela D3).

**Tabela 6 – D3 Famílias com integrantes que adoeceram nos últimos 30 dias, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Adoecimento	n	%
Sim	208	26,4
Não	571	72,4
Não respondeu	10	1,3
Total	789	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 (42%) ou sem gravidade (34%) (Tabela D4). No momento da pesquisa, o estado de 49% das pessoas que adoeceram era de cura e 29% consideraram que a pessoa que adoeceu estava do mesmo jeito (Tabela D5). Dentre os que adoeceram nos 30 dias anteriores à entrevista, 73% referiram ter procurado um serviço de saúde (Tabela D6).

**Tabela 7 – D5 Estado de saúde atual dos moradores que adoeceram doentes nos últimos 30 dias, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Estado de saúde atual	n	%
Está curado	127	48,8
Está do mesmo jeito	76	29,2
Está pior	2	0,8
Ainda é cedo para dizer	48	18,5
Não respondeu	7	2,7
Total	260	100,0

n = 260 moradores que estiveram doentes nos últimos 30 dias.

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

**Tabela 8 – D6 Procura de atendimento por moradores que adoeceram nos últimos 30 dias, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Procura de atendimento	n	%
Sim	189	77,2
Não	58	17,0
Não respondeu	13	5,8
Total	260	100,0

Observação: n = 260 moradores que estiveram doentes nos últimos 30 dias.

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

Entre as pessoas que procuraram atendimento no serviço de saúde quando adoeceram, 91% foram atendidos no primeiro serviço de saúde procurado (Tabela D8, D9).

Das pessoas que adoeceram, 31% foram atendidas em uma unidade básica de saúde (unidade saúde da família, posto/centro de saúde, ACS). O pronto-socorro ou a emergência públicos foram procurados por 28% dos que adoeceram. Agregando os percentuais dos atendimentos realizados nos serviços da rede pública, pode-se inferir que 72% das pessoas que adoeceram, acessaram e utilizaram serviços de saúde do SUS. Contudo, 23% das famílias cadastradas e vinculadas à ESF procuraram serviço do setor privado no momento em que adoeceram (Tabela D7).

**Tabela 9 – D7 Moradores que adoeceram nos últimos 30 dias quanto ao serviço de saúde em que foram atendidos, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Serviço de saúde	n	%
Agente Comunitário de Saúde	1	0,5
Posto/Unidade de Saúde da Família SUS	52	27,5
Posto ou Centro de Saúde SUS	7	3,7
Policlínica ou Posto de Assistência Médica (PAM) do SUS	5	2,6
Ambulatório de hospital público	18	9,5
Clínica ou hospital privado	26	13,8
Pronto-socorro ou emergência públicos	52	27,5
Pronto-socorro ou emergência privados	10	5,3
Consultório particular	8	4,2
SAMU	1	0,5
Drogaria ou farmácia	7	3,7
Outro	1	0,5
Não respondeu	1	0,5
Total	189	100,0

Observação: n = 189 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 10 – D8, D9 Número de serviços de saúde procurados para receber atendimento, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Número de serviços	n	%
1 serviço	172	91,0
2 serviços	8	4,2
3 serviços	5	2,6
4 serviços	2	1,1
Não informou	2	1,1
Total	189	100,0

Observação: n =200 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 Florianópolis, a prática de procurar um serviço de saúde diante de mal-estar ou adoecimento corresponde ao comportamento de 59% das famílias entrevistadas, das quais 36% recorrem diretamente à emergência hospitalar e 23%, a outro serviço de saúde (Tabela D1).

**Tabela 11 – D1 Iniciativa das famílias diante de mal-estar ou adoecimento, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Iniciativas	n	%
1 - Espera para ver se melhora	48	6,1
2 - Chama o SAMU ou uma ambulância	18	2,3
3 - Pede ajuda a vizinhos ou familiares	36	4,6
4 - Pede ajuda a rezador	3	0,4
5 - Procura uma drogaria ou farmácia	30	3,8
6 - Procura um Agente Comunitário de Saúde	5	0,6
7 – Toma chás ou remédios caseiros	62	7,9
8 – Toma remédios por conta própria (alopatia)	37	4,7
9 - Procura a emergência do hospital	285	36,1
10 - Procura outro serviço de saúde	185	23,4
11 – Outro	175	22,2

Observação: n = 789 famílias.

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

Diante de adoecimento ou mal-estar à noite ou em finais de semana, a principal iniciativa também é recorrer aos serviços de saúde. O mais procurado em caso de adoecimento em finais de semana é o pronto-socorro ou a emergência do SUS para 58% das famílias entrevistadas. Entre as cadastradas, 12% referem procurar pronto-socorro ou emergência do setor privado e 11%, clínicas e médicos de planos de saúde (Tabela D2).

**Tabela 12 – D2 Iniciativas diante de adoecimento ou mal-estar à noite ou nos fins de semana, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Iniciativas	n	%
1 - Espera para ver se melhora	26	3,3
2 - Chama o SAMU ou uma ambulância	23	2,9
3 - Pede ajuda a vizinhos ou familiares	23	2,9
4 - Pede ajuda a rezador	0	0,0
5 - Procura um Agente Comunitário de Saúde	2	0,3
6 – Vai a Posto/Unidade de Saúde da Família do SUS	5	0,6
7 - Procura uma drogaria ou farmácia	24	3,0
8 – Toma chás ou remédios caseiros	25	3,2
9 – Toma remédios por conta própria (alopatia)	21	2,7
10 - Vai a um Centro de Saúde com serviço de urgência do SUS	7	0,9
11 - Vai a um Posto ou Centro de Saúde do SUS	23	2,9
12 - Vai a um pronto-socorro ou emergência do SUS	460	58,3
13 - Vai a um pronto-socorro ou emergência privado	96	12,2
14 - Vai a uma Clínica ou Ambulatório ou a médico de plano de saúde ou particular	87	11,0
15 - Telefona para profissional de saúde	6	0,8
16 – Outro	33	4,2

Observação n = 789 famílias.

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

Em resumo, metade das famílias cadastradas a um serviço de Saúde da Família reconhece a unidade básica como seu serviço de procura regular de atenção e de prevenção à saúde. Entretanto, em situação de adoecimento, os serviços de urgência e de emergência têm quase o mesmo percentual de procura verificado para posto/unidade de saúde da família. Além disto, o setor privado é fonte de atenção regular para percentual importante das famílias vinculadas às equipes de saúde da família.

Estes dados revelam que a Estratégia Saúde da Família tem se configurado para as famílias como espaço importante de atenção, mas pode-se dizer que os serviços de urgência têm o mesmo grau de importância que a atenção básica no que diz respeito à assistência médica para casos agudos, mostrando haver fragilidade na organização da atenção neste sentido.

Os dados qualitativos e quantitativos da pesquisa mostram que as unidades básicas de Florianópolis centram esforços no atendimento de grupos prioritários, tendo como base, principalmente, o modelo de atenção centrado nos programas de saúde, na forma como a atenção básica tradicionalmente organiza suas ações.

**Tabela 13 – D1 A avaliação quanto à posição da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial segundo Médicos, Florianópolis (SC), 2008**

Critério	Médico											
	Concorda muito		Concorda		Discorda		Discorda muito		Não sabe		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) A Unidade de Saúde da Família é acessível a toda a população cadastrada	9	14,8	30	49,2	18	29,5	2	3,3	0	0,0	2	3,3
b) O PSF vem substituindo as unidades básicas tradicionais de saúde no atendimento da população	19	31,1	34	55,7	6	9,8	0	0,0	0	0,0	2	3,3
c) O PSF concentra-se em áreas pobres ou periféricas no município	3	4,9	23	37,7	27	44,3	5	8,2	1	1,6	2	3,3
d) Com o PSF, a população atendida procura menos os serviços hospitalares e especializados	11	18,0	40	65,6	7	11,5	0	0,0	1	1,6	2	3,3
e) A população procura primeiro a Unidade de Saúde da família quando necessita de atendimento de saúde	6	9,8	42	68,9	8	13,1	0	0,0	3	4,9	2	3,3
f) A população procura primeiro a rede hospitalar ou de unidades tradicionais de saúde	2	3,3	9	14,8	41	67,2	4	6,6	3	4,9	2	3,3
g) A população resiste às ações das equipes de saúde da família	1	1,6	14	23,0	38	62,3	5	8,2	2	3,3	1	1,6
h) O PSF atende com exclusividade a população cadastrada	1	1,6	12	19,7	38	62,3	8	13,1	0	0,0	2	3,3
i) O PSF atende apenas com agendamento prévio	1	1,6	2	3,3	43	70,5	14	23,0	0	0,0	1	1,6
j) A USF cumpre na prática as funções de pronto-atendimento	1	1,6	32	52,5	23	37,7	4	6,6	0	0,0	1	1,6
k) O PSF atua articulado aos programas de saúde existentes (tuberculose, hanseníase, diabetes, entre outros)	10	16,4	48	78,7	2	3,3	0	0,0	0	0,0	1	1,6
l) O PSF ampliou o acesso de novas parcelas da população aos serviços de saúde no município	15	24,6	39	63,9	5	8,2	0	0,0	1	1,6	1	1,6
m) O PSF atrai as populações dos bairros vizinhos que sobrecarregam o atendimento	8	13,1	33	54,1	17	27,9	1	1,6	1	1,6	1	1,6
n) O PSF tem favorecido a ação intersetorial no município para o enfrentamento de problemas identificados em sua área de atuação	5	8,2	25	41,0	23	37,7	5	8,2	2	3,3	1	1,6
o) O PSF garante o atendimento em outros serviços, quando necessários	2	3,3	16	26,2	32	52,5	9	14,8	1	1,6	1	1,6
p) O PSF garante a realização de exames, quando necessários	2	3,3	20	32,8	33	54,1	5	8,2	0	0,0	1	1,6
q) O PSF garante a internação,	0	0,0	6	9,8	40	65,6	13	21,3	1	1,6	1	1,6

quando necessária

r) O PSF fornece suficientemente medicamentos da farmácia básica	8	13,1	44	72,1	7	11,5	1	1,6	0	0,0	1	1,6
s) A sua equipe de saúde da família oferece recursos adequados ao enfrentamento dos problemas de saúde na comunidade	6	9,8	33	54,1	20	32,8	1	1,6	0	0,0	1	1,6
t) O tempo médio entre o agendamento e o atendimento de consultas na Unidade de Saúde da família é elevado	3	4,9	14	23,0	34	55,7	8	13,1	1	1,6	1	1,6
u) A população se sente esclarecida sobre cuidados rotineiros com a saúde	3	4,9	31	50,8	19	31,1	3	4,9	4	6,6	1	1,6
v) A sua equipe de saúde da família conta com sistema de referência e contrarreferência que permite ampliar a resolutividade da rede básica	.	1,6	11	18,0	38	62,3	10	16,4	0	0,0	1	1,6
x) A população apresenta forte demanda por atendimento médico, pressionando a ESF para o atendimento da demanda espontânea	22	36,1	34	55,7	4	6,6	0	0,0	0	0,0	1	1,6
z) O número de famílias sob responsabilidade de uma ESF é adequado	4	6,6	11	18,0	22	36,1	23	37,7	0	0,0	1	1,6

Observação: n= 61 médicos e n=70 enfermeiros.

**Tabela 14 – D1 A avaliação quanto à posição da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial segundo Enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008**

Critério	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	18	29,5	41	67,2	9	14,8	2	3,3	0	0,0
b) O PSF vem substituindo as unidades básicas tradicionais de saúde no atendimento da população	20	32,8	42	68,9	7	11,5	0	0,0	0	0,0
c) O PSF concentra-se em áreas pobres ou periféricas no município	6	9,8	16	26,2	41	67,2	5	8,2	1	1,6
d) Com o PSF, a população atendida procura menos os serviços hospitalares e especializados	10	16,4	44	72,1	15	24,6	0	0,0	0	0,0
e) A população procura primeiro a Unidade de Saúde da família quando necessita de atendimento de saúde	15	24,6	52	85,2	2	3,3	0	0,0	0	0,0
f) A população procura primeiro a rede hospitalar ou de unidades tradicionais de saúde	0	0,0	8	13,1	55	90,2	5	8,2	1	1,6
g) A população resiste às ações das equipes de saúde da família	1	1,6	16	26,2	45	73,8	6	9,8	0	0,0
h) O PSF atende com exclusividade a população cadastrada	3	4,9	19	31,1	40	65,6	6	9,8	1	1,6
i) O PSF atende apenas com agendamento prévio	0	0,0	4	6,6	48	78,7	18	29,5	0	0,0
j) A USF cumpre na prática as funções de pronto-atendimento	7	11,5	33	54,1	21	34,4	6	9,8	0	0,0
k) O PSF atua articulado aos programas de saúde existentes (tuberculose, hanseníase, diabetes, entre outros)	17	27,9	49	80,3	3	4,9	0	0,0	0	0,0
l) O PSF ampliou o acesso de novas parcelas da população aos serviços de saúde no município	14	23,0	51	83,6	3	4,9	0	0,0	1	1,6
m) O PSF atrai as populações dos bairros vizinhos, que sobrecarregam o atendimento	11	18,0	33	54,1	25	41,0	0	0,0	0	0,0
n) O PSF tem favorecido a ação intersetorial no município para o enfrentamento de problemas identificados em sua área de atuação	3	4,9	49	80,3	12	19,7	2	3,3	3	4,9
o) O PSF garante o atendimento em outros serviços, quando necessário	1	1,6	34	55,7	30	49,2	3	4,9	0	0,0
p) O PSF garante a realização de exames, quando necessário	2	3,3	38	62,3	24	39,3	3	4,9	0	0,0
q) O PSF garante a internação, quando necessário	0	0,0	23	37,7	34	55,7	7	11,5	4	6,6
r) O PSF fornece suficientemente medicamentos da farmácia básica	13	21,3	46	75,4	8	13,1	1	1,6	0	0,0



Critério	Enfermeiro									
	Concorda muito		Concorda		Discorda		Discorda muito		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
s) A sua equipe de saúde da família oferece recursos adequados ao enfrentamento dos problemas de saúde na comunidade	6	9,8	42	68,9	19	31,1	2	3,3	0	0,0
t) O tempo médio entre o agendamento e o atendimento de consultas na Unidade de Saúde da família é elevado	8	13,1	17	27,9	39	63,9	5	8,2	0	0,0
u) A população se sente esclarecida sobre cuidados rotineiros com a saúde	4	6,6	44	72,1	20	32,8	1	1,6	0	0,0
v) A sua equipe de saúde da família conta com sistema de referência e contrarreferência que permite ampliar a resolutividade da rede básica	2	3,3	25	41,0	35	57,4	7	11,5	0	0,0
x) A população apresenta forte demanda por atendimento médico, pressionando a ESF para o atendimento da demanda espontânea	13	21,3	46	75,4	8	13,1	1	1,6	1	1,6
z) O número de famílias sob responsabilidade de uma ESF é adequado	5	8,2	26	42,6	27	44,3	11	18,0	0	0,0

Observação: n= 61 médicos e n=70 enfermeiros.

**Tabela 15 – D1 A avaliação quanto à posição da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial segundo Médicos e Enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008 - total**

Critério	Concorda muito		Concorda		Discorda		Discorda muito		Não sabe		Não responde		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	a) A Unidade de Saúde da Família é acessível a toda a população cadastrada	27	44,3	71	54,2	27	44,3	4	6,6	0	0,0	2	3,3	131
b) O PSF vem substituindo as unidades básicas tradicionais de saúde no atendimento da população	39	63,9	76	58,0	13	21,3	0	0,0	0	0,0	3	4,9	131	100,0
c) O PSF concentra-se em áreas pobres ou periféricas no município	9	14,8	39	63,9	68	111,5	10	16,4	2	3,3	3	4,9	131	100,0
d) Com o PSF, a população atendida procura menos os serviços hospitalares e especializados	21	34,4	84	64,1	22	36,1	0	0,0	1	1,6	3	4,9	131	100,0
e) A população procura primeiro a Unidade de Saúde da família quando necessita de atendimento de saúde	21	34,4	94	71,8	10	16,4	0	0,0	3	4,9	3	4,9	131	100,0
f) A população procura primeiro a rede hospitalar	2	3,3	17	27,9	96	157,4	9	14,8	4	6,6	3	4,9	131	100,0

NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ

Critério	Concorda muito		Concorda		Discorda		Discorda muito		Não sabe		Não responde		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ou de unidades tradicionais de saúde														
g) A população resiste às ações das equipes de saúde da família	2	3,3	30	49,2	83	136,1	11	18,0	2	3,3	3	4,9	131	100,0
h) O PSF atende com exclusividade a população cadastrada	4	6,6	31	50,8	78	127,9	14	23,0	1	1,6	3	4,9	131	100,0
i) O PSF atende apenas com agendamento prévio	1	1,6	6	9,8	91	149,2	32	52,5	0	0,0	1	1,6	131	100,0
j) A USF cumpre na prática as funções de pronto-atendimento	8	13,1	65	49,6	44	72,1	10	16,4	0	0,0	4	6,6	131	100,0
k) O PSF atua articulado aos programas de saúde existentes (tuberculose, hanseníase, diabetes, entre outros)	27	44,3	97	74,0	5	8,2	0	0,0	0	0,0	2	3,3	131	100,0
l) O PSF ampliou o acesso de novas parcelas da população aos serviços de saúde no município	29	47,5	90	68,7	8	13,1	0	0,0	2	3,3	2	3,3	131	100,0
m) O PSF atrai as populações dos bairros vizinhos, que sobrecarregam o atendimento	19	31,1	66	50,4	42	68,9	1	1,6	1	1,6	2	3,3	131	100,0
n) O PSF tem favorecido a ação intersetorial no município para o enfrentamento de problemas identificados em sua área de atuação	8	13,1	74	56,5	35	57,4	7	11,5	5	8,2	2	3,3	131	100,0
o) O PSF garante o atendimento em outros serviços, quando necessário	3	4,9	50	82,0	62	101,6	12	19,7	1	1,6	3	4,9	131	100,0
p) O PSF garante a realização de exames, quando necessário	4	6,6	58	95,1	57	93,4	8	13,1	0	0,0	4	6,6	131	100,0
q) O PSF garante a internação, quando necessário	0	0,0	29	47,5	74	121,3	20	32,8	5	8,2	3	4,9	131	100,0
r) O PSF fornece suficientemente medicamentos da farmácia básica	21	34,4	90	68,7	15	24,6	2	3,3	0	0,0	3	4,9	131	100,0
s) A sua equipe de saúde da família oferece recursos adequados ao enfrentamento dos problemas de saúde na comunidade	12	19,7	75	57,3	39	63,9	3	4,9	0	0,0	2	3,3	131	100,0
t) O tempo médio entre o agendamento e o atendimento de consultas	11	18,0	31	50,8	73	119,7	13	21,3	1	1,6	2	3,3	131	100,0

Critério	Concorda muito		Concorda		Discorda		Discorda muito		Não sabe		Não responde		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
na Unidade de Saúde da família é elevado														
u) A população se sente esclarecida sobre cuidados rotineiros com a saúde	7	11,5	75	57,3	39	63,9	4	6,6	4	6,6	2	3,3	131	100,0
v) A sua equipe de saúde da família conta com sistema de referência e contrarreferência que permite ampliar a resolutividade da rede básica	3	4,9	36	59,0	73	119,7	17	27,9	0	0,0	2	3,3	131	100,0
x) A população apresenta forte demanda por atendimento médico, pressionando a ESF para o atendimento da demanda espontânea	35	57,4	80	61,1	12	19,7	1	1,6	1	1,6	2	3,3	131	100,0
z) O número de famílias sob responsabilidade de uma ESF é adequado	9	14,8	37	60,7	49	80,3	34	55,7	0	0,0	2	3,3	131	100,0

Observação: n= 61 médicos e n=70 enfermeiros.

**Tabela 16 – D1 A avaliação quanto à posição da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial segundo Auxiliares em Enfermagem, Florianópolis (SC), 2008**

Situações	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	10	13,9	44	61,1	13	18,1	2	2,8	2	2,8	1	1,4	72	100,0
b. O PSF vem substituindo as unidades básicas tradicionais de saúde no atendimento da população	13	18,1	40	55,6	13	18,1	1	1,4	3	4,2	2	2,8	72	100,0
c. O PSF concentra-se em áreas pobres ou periféricas no município	5	6,9	32	44,4	25	34,7	6	8,3	2	2,8	2	2,8	72	100,0
d. Com o PSF, a população atendida procura menos os serviços hospitalares e especializados	12	16,7	32	44,4	21	29,2	3	4,2	4	5,6	-	-	72	100,0
f. A população procura primeiro a Unidade de Saúde da família quando necessita de	17	23,6	46	63,9	6	8,3	-	-	2	2,8	1	1,4	72	100,0

Situações	Concorda muito		Concorda		Discorda		Discorda Muito		Não sabe		Não respondeu		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
atendimento de saúde														
g. A população resiste às ações das ESFs	1	1,4	24	33,3	30	41,7	6	8,3	4	5,6	7	9,7	72	100,0
h. O PSF atende apenas com agendamento prévio	4	5,6	14	19,4	41	56,9	7	9,7	5	6,9	1	1,4	72	100,0
i. O PSF cumpre na prática as funções de pronto-atendimento	15	20,8	32	44,4	17	23,6	2	2,8	4	5,6	2	2,8	72	100,0
k. O PSF atua articulado aos programas de saúde existentes (tuberculose, hanseníase, diabetes, entre outros)	18	25,0	49	68,1	-	-	-	-	4	5,6	1	1,4	72	100,0
l. O PSF atrai as populações de bairros vizinhos, que sobrecarregam o atendimento	10	13,9	26	36,1	24	33,3	3	4,2	5	6,9	4	5,6	72	100,0
m. O PSF tem favorecido a ação intersetorial no município para o enfrentamento de problemas identificados em sua área de atuação	10	13,9	34	47,2	8	11,1	1	1,4	13	18,1	6	8,3	72	100,0
n. O PSF garante o atendimento em outros serviços, quando necessário	7	9,7	35	48,6	16	22,2	1	1,4	9	12,5	4	5,6	72	100,0
o. O PSF garante a realização de exames, quando necessário	7	9,7	34	47,2	18	25,0	3	4,2	5	6,9	5	6,9	72	100,0
p. O PSF garante a internação, quando necessário	4	5,6	19	26,4	29	40,3	7	9,7	10	13,9	3	4,2	72	100,0
q. O PSF fornece suficientemente medicamentos da Farmácia Básica	14	19,4	38	52,8	12	16,7	2	2,8	2	2,8	4	5,6	72	100,0
r. A sua equipe de saúde da família oferece recursos adequados ao enfrentamento dos problemas de saúde na comunidade	5	6,9	31	43,1	26	36,1	1	1,4	6	8,3	3	4,2	72	100,0
s. O tempo médio entre o agendamento e o atendimento de consultas na UBS é elevado	5	6,9	30	41,7	22	30,6	7	9,7	7	9,7	1	1,4	72	100,0

Observação: n = 72 Auxiliares/técnicos de enfermagem.

**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, Florianópolis (SC), 2008**

Afirmações	Concorda muito		Concorda em parte		Discorda		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	54	38,6	57	40,7	18	12,9	2	1,4	9	6,4	140	100,0
b. O PSF vem substituindo as unidades básicas tradicionais de saúde no atendimento da população	54	38,6	57	40,7	7	5,0	6	4,3	16	11,4	140	100,0
c. O PSF concentra-se em áreas pobres ou periféricas no município	44	31,4	41	29,3	32	22,9	6	4,3	17	12,1	140	100,0
d. Com o PSF, a população atendida procura menos os serviços hospitalares e especializados	51	36,4	51	36,4	25	17,9	1	,7	12	8,6	140	100,0
e. A população procura primeiro a Unidade de Saúde da família quando necessita de atendimento de saúde	78	55,7	41	29,3	8	5,7	1	,7	12	8,6	140	100,0
f. A população procura primeiro a rede hospitalar ou de unidades tradicionais de saúde	25	17,9	61	43,6	35	25,0	5	3,6	14	10,0	140	100,0
g. A população resiste às ações das ESFs	9	6,4	72	51,4	35	25,0	7	5,0	17	12,1	140	100,0
h. O PSF atende com exclusividade a população cadastrada	45	32,1	34	24,3	47	33,6	-	-	14	10,0	140	100,0
i. O PSF atende apenas com agendamento prévio	14	10,0	48	34,3	63	45,0	1	,7	14	10,0	140	100,0
j. O PSF cumpre na prática as funções de pronto-atendimento	40	28,6	58	41,4	25	17,9	2	1,4	15	10,7	140	100,0
k. O PSF atua articulado aos programas de saúde existentes (tuberculose, hanseníase, diabetes, entre outros)	112	80,0	14	10,0	2	1,4	1	,7	11	7,9	140	100,0
l. O PSF ampliou o acesso de novas parcelas da população aos serviços de saúde no município	67	47,9	40	28,6	2	1,4	13	9,3	18	12,9	140	100,0
m. O PSF atrai as populações de bairros vizinhos, que sobrecarregam o atendimento	61	43,6	27	19,3	31	22,1	6	4,3	15	10,7	140	100,0

Afirmações	Concorda muito		Concorda em parte		Discorda		Não sabe		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
n. O PSF tem favorecido a ação intersetorial no município para o enfrentamento de problemas identificados em sua área de atuação	56	40,0	42	30,0	8	5,7	16	11,4	18	12,9	140	100,0
p. O PSF garante o atendimento em outros serviços, quando necessário	47	33,6	55	39,3	12	8,6	9	6,4	17	12,1	140	100,0
q. O PSF garante a realização de exames, quando necessário	56	40,0	48	34,3	18	12,9	5	3,6	13	9,3	140	100,0
r. O PSF garante a internação, quando necessário	37	26,4	41	29,3	29	20,7	14	10,0	19	13,6	140	100,0
s. O PSF fornece suficientemente medicamentos da Farmácia Básica	64	45,7	46	32,9	15	10,7	1	,7	14	10,0	140	100,0
t. A sua equipe de saúde da família oferece recursos adequados ao enfrentamento dos problemas de saúde na comunidade	39	27,9	74	52,9	10	7,1	2	1,4	15	10,7	140	100,0
u. O tempo médio entre o agendamento e o atendimento de consultas na Unidade de Saúde da família é elevado	45	32,1	61	43,6	15	10,7	6	4,3	13	9,3	140	100,0

n = 140 ACS.

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**

No presente estudo, a coordenação dos cuidados com integração à rede de serviços é um dos eixos principais para a análise do modelo assistencial da atenção básica em saúde a partir da implementação da Estratégia Saúde da Família. Neste sentido, essa integração, que contempla a facilidade em acessar os demais níveis de atenção, 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 integração da rede são necessárias para garantir a continuidade.

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

A partir de 2006, Florianópolis iniciou um processo de estruturação da Secretaria Municipal de Saúde para assumir a gestão da média complexidade. À época foi criada a Coordenação de Regulação e, nessa função, os mutirões de cirurgia eletiva e o SAMU foram as únicas experiências prévias. Posteriormente, foi criada a Coordenação de Controle, Avaliação e Auditoria. A coordenadora desta gerência comenta que a SMS nunca havia trabalhado com regulação, posto que, até aquele momento, a atenção especializada estava sob gestão estadual e vinculada a hospitais. Logo, não existia na SMS o setor de controle e avaliação: “... *o que havia era basicamente toda a estrutura da atenção básica com o PSF bem estruturado, as equipes de saúde da família, o Departamento de Saúde e mais nada*”.

Toda a estrutura de controle e de avaliação, a definição de cotas de procedimentos especializados por UBS, as responsabilidades de cada regional, o processamento e o pagamento de prestadores e demais funções de auditoria começaram a ser implantadas de forma efetiva a partir de 2007, com a adesão ao Pacto pela Saúde e a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão.



Até junho de 2008, o município já era responsável por 80% da média complexidade, de acordo com a coordenadora de controle, avaliação e auditoria e estava previsto que a SMS assumisse a gestão da alta complexidade ambulatorial e dos exames de alto custo, como tomografia e ressonância magnética, para todos os municípios da grande Florianópolis.

Florianópolis foi escolhida pelo MS como a cidade piloto para implantação 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 mediante 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 - Manual do usuário, SISREG III). A administração do sistema é de responsabilidade da Coordenação de Controle, Avaliação e Auditoria, ainda que seja uma estrutura de regulação.

Desta forma, a SMS de Florianópolis possui atualmente duas estruturas responsáveis pela regulação e avaliação da média complexidade do SUS:

- i) a Coordenação de Regulação, na qual se localizam os médicos reguladores, a organização dos fluxos dos pacientes, do acesso à urgência/emergência, a elaboração dos protocolos clínicos, a liberação das AIHs, a autorização, os procedimentos de alto custo e o Tratamento Fora de Domicílio (TFD), além da marcação dos procedimentos via o sistema de Marcação de Consultas Serviços e exames do Centro de Informática e Automação do Estado de Santa Catarina (CIASC), que é a central de marcação de procedimentos especializados estadual;
- ii) a Coordenação de Controle, Avaliação e Auditoria, responsável pela contratualização, administração do SISREG, as funções de auditoria, a definição das cotas, a avaliação dos prestadores, o monitoramento e avaliação do desempenho das unidades, a elaboração e execução das capacitações, o processamento das contas, a definição das cotas da PPI e a reavaliação constante das metas acordadas no Pacto pela Saúde.

No momento da pesquisa, essas estruturas ainda não estavam formalmente no organograma da SMS, embora um projeto houvesse sido encaminhado à Câmara de Vereadores para aprovação, contendo a proposta da criação de um Departamento de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria, subdividido em gerências.

Conforme mencionado, a Central de Regulação é responsável por marcar os procedimentos via serviço de marcação do CIASC, embora a negociação das cotas com o estado seja realizada pela Coordenação de Controle, Avaliação e Auditoria por meio da PPI. A coordenadora desta gerência comenta que os papéis das duas estruturas carecem de maior definição: “... o processo de trabalho junto à Central de Regulação estadual é função da Central de Regulação municipal. Se há algum problema para a marcação, a negociação deveria ser feita entre as duas centrais. O controle não tem que intermediar essa situação, porque não é gestão e, sim, processo de trabalho. Isso ainda não está muito claro, estamos tentando achar o melhor caminho”. Contudo, ressalta que o município evoluiu muito nesse último ano, assumindo funções que outras cidades demoraram “até dez anos para estruturar”.

Destacou que, por Florianópolis ser capital, há cobrança e responsabilidade muito grandes em oferecer acesso organizado aos serviços de saúde. Quando o SISREG foi implantado, ainda não havia órgãos responsáveis pela regulação e tudo foi sendo organizado. Hoje, o município disponibiliza um protocolo de acesso à atenção especializada às UBS, que trabalha os critérios de rotina, de organização da lista de espera pelos centros de saúde e os conceitos de prioridade clínica e urgência que devem ser encaminhados à regulação.

## **1. ACESSO A CONSULTAS ESPECIALIZADAS**

A forma mais frequente de acesso à atenção especializada no município de Florianópolis é por meio de encaminhamento dos serviços de atenção básica, realizada pelo médico da equipe de saúde da família ou de especialidades básicas, como pediatria e ginecologia. O centro de saúde também pode agendar procedimentos especializados solicitados durante atendimento de emergência feito por outra unidade, como hospital ou, excepcionalmente, exames solicitados durante uma consulta particular com especialista.

A coordenadora de controle, avaliação e auditoria explica: “se o usuário fez uma consulta particular e o médico pediu os exames, não diremos ao paciente, de modo algum, que não podemos marcar. Nem podemos exigir que ele se consulte com o especialista do SUS, pois sabemos que essa consulta pode demorar até um ano”. O entendimento é que este usuário tem o direito de fazer os exames pelo SUS, pois o município ainda não consegue garantir o acesso à consulta especializada para todos. A mesma norma não é adotada quando o pedido de exame é realizado por planos de saúde privados.

As consultas especializadas são oferecidas, em sua grande maioria, pelas três policlínicas municipais, além de distribuídas pelos centros de saúde a partir da definição de cotas físicas. Entre as especialidades oferecidas nas policlínicas encontram-se: pneumologia pediátrica, acupuntura, cardiologia, cirurgia vascular, dermatologia, endocrinologia, endodontia, fisioterapia, gastroenterologia, geriatria, gineco-obstetrícia de alto risco, infectologia, neurologia, nutrologia infantil, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, periodontia, reumatologia, urologia, fisioterapia.

Com exceção da pediatria, gineco-obstetrícia e algumas consultas de psiquiatria e psicoterapia oferecidas na lógica do matriciamento e nos CAPS, as demais especialidades são marcadas e reguladas pelo SISREG. Cada unidade básica gerencia sua cota e cabe à regional gerenciar as cotas entre as unidades nos casos em que seja preciso redistribuí-las. Cerca de 20% da cota municipal para consultas e exames especializados ficam na Coordenação de Regulação para atender aos casos de prioridade clínica. Nestas situações, as equipes podem acionar diretamente o médico regulador para avaliar casos de urgência. O coordenador de atenção básica afirma que a regulação se dá em três níveis: local, regional e central.

Em um primeiro momento, o critério para distribuição das cotas foi o número de equipes de saúde da família em cada unidade e sua população. Com a implantação do SISREG e o monitoramento das filas de espera será possível redimensionar a distribuição dos procedimentos especializados de acordo com critérios epidemiológicos e sociais.

Também há oferta de média complexidade em ambulatórios estaduais, definida pela PPI, com a marcação feita pelo sistema do CIASC. Entretanto, as consultas do CIASC não estão distribuídas por cotas por UBS, havendo ‘disputa’ pela marcação. Se houver um funcionário ágil ou mais de uma pessoa responsável pela marcação em determinado serviço, pode-se conseguir agendar todas as vagas de uma especialidade em um mesmo dia.

Segundo a coordenadora de controle, avaliação e auditoria, existe a possibilidade de que um município ocupe, em um único dia, todas as agendas e cotas de um mês inteiro. Além disso, as cotas definidas pela PPI não correspondem à oferta disponível no CIASC. Estima-se, por exemplo, que os municípios da grande Florianópolis teriam em torno de 30 mil consultas/ano garantidos pela PPI, contudo a metade desse montante estaria disponível no CIASC para a região, o que impossibilita a marcação pelo município.

Além das policlínicas, nas regionais de saúde existem profissionais que são referência para especialidades, como psiquiatria, psicologia, fonoaudiologia e ginecologia. Alguns deles são referência para as equipes de saúde da família, trabalhando na lógica do matriciamento. Estas consultas não são marcadas via SISREG. Pretende-se que estes profissionais passem a atuar nas policlínicas, assim como nas equipes dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF) a serem implantados.

Quando um paciente é atendido na UBS e necessita encaminhamento para consulta especializada, o percurso mais comum é a consulta ser agendada pelo centro de saúde e a data ser avisada posteriormente ao paciente por telefone ou pelo ACS. Os centros de saúde estão autorizados a fazer ligações para celular com o objetivo de avisar a marcação de consultas. Em algumas UBS, caso não haja meios de comunicação, é solicitado que o usuário retorne à unidade na mesma semana para saber hora e local do encaminhamento.

Ainda assim, a coordenadora de controle, avaliação e auditoria afirma que o índice de absenteísmo em algumas especialidades pode chegar a 40%. Quando o usuário não comparece a sua UBS de referência, esta perde a cota, embora a SMS só remunere os procedimentos efetivamente realizados.

Para diminuir o índice de falta a consultas e exames especializados, algumas estratégias vêm sendo adotadas, como avisar ao usuário sobre a marcação e estipular o prazo de até 48 horas antes da data para buscar, na UBS, o encaminhamento. Caso não compareça, a unidade terá permissão para cancelar o procedimento. Para implementar tais ações, a SMS pretende contar com o apoio dos conselhos locais e municipal de saúde e do Ministério Público. Os dados relativos às faltas a consultas e exames já foram apresentados para discussão nos conselhos locais de saúde.

A implantação do SISREG possibilitou o monitoramento da fila de espera por UBS. Anteriormente, com o CIASC, havia fila única para todo o município. Para localizar determinado usuário, era preciso solicitar ao operador do sistema que o buscasse nesta fila. Além disso, só havia a relação de espera para consultas e não para exames.

O sistema do CIASC funciona há quase dez anos, mas nunca tinha sido feita uma ‘limpeza’ da lista de espera, diz a coordenadora de controle, avaliação e auditoria: “*havia usuários na fila desde 2004*”. Ela relatou que a SMS estima que quase 70% desta lista com 59 mil pacientes não seja real para algumas especialidades. Pelos dados do último levantamento realizado em razão da implantação das policlínicas Centro e Norte, a fila do CIASC havia

diminuído para 43 mil pacientes. Contudo, mesmo este quantitativo não reflete a realidade: *“Descobrimos que, como havia muita demora, o paciente fazia cópias do encaminhamento e dava entrada em várias unidades. Como o CIASC não é integrado via internet, o sistema permitia que isso acontecesse”*, disse a coordenadora. O mesmo não é possível pelo SISREG, que, por estar integrado, acusa se o paciente já está na lista. Além disso, de acordo com um médico regulador, os encaminhamentos são vinculados no CIASC a determinado profissional, porém, como o tempo de espera é longo, *“alguns se aposentam ou morrem e não há como controlar isto”*.

No ano de 2007, o município sofreu um termo de ajustamento de conduta pelo Ministério Público e, entre as solicitações, estava a organização da lista de espera. Este fato acelerou a implantação de protocolos e a implantação do SISREG, que só começou a ser operado quando foi considerado ‘maduro’ e confiável. Todos os relatórios gerados possuem data e nome do operador que realizou a atividade, o que facilita o trabalho da auditoria e dá segurança aos técnicos. O Ministério Público participou e orientou o município neste processo. Além disso, ficou assegurado que a responsabilidade de atualizar o cadastro nas unidades de saúde é do usuário, o qual, caso seja constatado endereço ou telefone incorretos, automaticamente sairá da lista e entrará no arquivo morto. Se retornar ao serviço, será recolocado no sistema. Um gerente informou: *“Antes muitas unidades não retiravam o paciente da lista de espera por medo de gerar problema com a Justiça”*.

No momento da pesquisa, a coordenação de controle, avaliação e auditoria estava organizando listas com as filas de espera por centro de saúde, para que cada equipe pudesse verificar a situação e a necessidade atual dos usuários inscritos. Todos, de acordo com as prioridades clínicas, serão inseridos no SISREG. Contudo, atividades descentralizadas de regulação são recentes no município. Como as UBS não tinham a responsabilidade de controlar as cotas, e, na verdade, não havia muito conhecimento sobre este processo, cada uma apresentava um grau diferenciado de organização, como destacado por um gerente dessa coordenação: *“... algumas eram bem organizadas, outras não tinham organização. Além disso, nem sempre respeitavam a ordem cronológica”*.

O secretário municipal de saúde e os gerentes de UBS afirmam que as especialidades com maior fila de espera são oftalmologia, ortopedia, neurologia, otorrinolaringologia, cardiologia e dermatologia. O entrevistado destacou que as duas especialidades mais solicitadas são otorrinolaringologia e ortopedia. Em relação à oftalmologia, a situação é

agravada pela falta de oferta do especialista na rede e, no caso da ortopedia, pela necessidade de exames diagnósticos.

A coordenação de regulação apontou também filas de espera para endocrinologia, pneumologia, gastroenterologia e fisioterapia. Segundo o coordenador de atenção básica, a partir do momento em que o município começou a ofertar consultas em cardiologia, o tempo de espera, que era de até quatro anos, passou a ser de dez a 15 dias. Um médico da equipe de regulação avaliou que o problema da atenção especializada no município não é só de oferta, mas também de acesso. Como exemplo citou o caso do Hospital Universitário, em que o usuário não consegue agendar, mesmo quando a agenda de determinado especialista está vazia: *“A oferta do HU vai para o CIASC e não é oferecida ao município”*.

A coordenação de controle, avaliação e auditoria era recente, tendo apenas sete meses no período de realização das entrevistas. Ainda assim, para monitorar os encaminhamentos das ESFs, já haviam sido elaborados três relatórios com as listas de espera, que deram subsídios para a análise das especialidades com necessidades de contratação.

Conforme mencionado, para algumas especialidades existe dificuldade de contratação. O coordenador de atenção básica comenta que não foi fácil conseguir profissionais especialistas para trabalhar 40 horas nas policlínicas. Em Florianópolis, todos os médicos da SMS são concursados para 30 horas, mas têm que assumir carga horária de 40 horas/semanais. Nestes casos, o profissional recebe o salário-base mais uma gratificação no mesmo valor daquela paga aos médicos das equipes de saúde da família. A SMS encaminhou proposta de mudança à Câmara Municipal para que seja possível a contratação de médicos por 20 horas/semanais. Contudo, a possibilidade de redução de carga horária tem que ser aprovada por Projeto de Lei.

Apesar da existência de filas de espera, o secretário municipal de saúde destacou que, atualmente, com a criação das policlínicas municipais, a situação está bem melhor. Antes de o município assumir a responsabilidade pela atenção secundária, não havia especialistas na rede: *“Dependíamos das cotas do estado e competíamos com todos os outros municípios do interior”*.

O coordenador de atenção básica corroborou a avaliação do gestor municipal da saúde e ressaltou que investimentos em média complexidade potencializam a resolutividade da atenção básica: *“É dentro desta lógica que estamos trabalhando, ou seja, ampliar o acesso*

*à média complexidade é também qualificar a atenção primária*". Como exemplo mencionou que a capacidade resolutiva de um médico fica prejudicada se encaminha um paciente e demora dois anos para obter resposta. Destacou que as policlínicas não são portas de entrada e que, com o prontuário eletrônico, é possível que o médico da Saúde da Família receba a contrarreferência logo após a consulta com o especialista.

Em síntese, os mecanismos utilizados pelo município para organizar as referências para consultas especializadas são: serviço responsável pela marcação (SISREG), agendamento prévio na unidade que encaminha o paciente, distribuição de cotas de consultas especializadas por centro de saúde e a PPI. Já entre as principais estratégias para regulação das referências para consultas especializadas encontram-se: definição de prioridades clínicas, existência de médico regulador e acompanhamento das filas de espera.

A contrarreferência é praticamente inexistente. A coordenadora de controle, avaliação e auditoria explicou que há dificuldade para que o especialista 'devolva' o paciente à unidade de saúde da família. Relatou que, às vezes, este profissional faz o encaminhamento de retorno para si mesmo ou para outra especialidade, mas nunca para o médico de família. Um membro da coordenação de regulação avalia que: *"Eles (os especialistas) não estão imbuídos do mesmo espírito, pois não estão envolvidos com a rede. Existem exceções... Mas eles estão em outro universo"*.

Com o prontuário eletrônico, caso o usuário seja atendido em uma das policlínicas, a informação do atendimento com especialista será registrado. Neste sentido, estavam sendo planejadas capacitações para médicos de família e especialistas voltadas à qualificação das referências, das contrarreferências e sobre como trabalhar a regulação. Detectou-se que muitos encaminhamentos direcionados aos médicos reguladores tinham como única justificativa a palavra 'urgência'. Contudo, o profissional da regulação precisa ter justificativa clínica e hipótese diagnóstica, além dos critérios cronológicos.

Embora o SISREG tenha sido avaliado positivamente pelo conjunto dos gestores entrevistados, foram apontados problemas para sua operação, entre eles a falta de equipamentos de informática e recursos humanos com pouco conhecimento sobre processos regulatórios. Em relação à infraestrutura, foram citadas a baixa velocidade da internet e os computadores serem aparelhos antigos. O secretário mencionou também o fato de as modificações necessárias no sistema ficarem sob responsabilidade do Ministério da Saúde, que nem sempre atende ao município em tempo oportuno.

Uma das primeiras iniciativas para integrar a Saúde da Família à rede de serviços foi o envolvimento dos gerentes das UBS, que teriam o papel de sensibilizar as equipes sobre as funções de regulação da média complexidade. Também há dificuldade para que as regionais assumam o papel de regulação das cotas distribuídas em determinado distrito. Por exemplo, quando a cota mensal de uma UBS termina, é preciso haver redistribuição entre as unidades, que deve ser realizada pela regional. Contudo, o contato ainda é feito diretamente com o nível central. Outra estratégia são os prontuários informatizados (InfoSaúde), que já haviam sido implantados em 33 dos 52 estabelecimentos de saúde municipais no momento da pesquisa.

O gestor municipal da saúde afirma que o matriciamento também foi uma das estratégias utilizadas para integrar a atenção básica à atenção especializada. Em cada regional de saúde há o apoio de um geriatra e de um psicólogo ou psiquiatra às equipes de saúde da família, que contam também com pediatras e ginecologistas. A saúde mental foi o projeto piloto do matriciamento, iniciado em 2006 e presente em todas as regionais. A lógica de trabalho é a mesma das equipes com compartilhamento das responsabilidades em relação ao paciente.

As equipes de matriciamento em geriatria e saúde mental realizam atividades, como interconsulta, reuniões de equipe, visitas domiciliares, atividades de grupo e discussões de casos clínicos. Nesta situação, caso seja identificada a necessidade de atendimento individual, o usuário é encaminhado diretamente ao profissional da equipe de apoio. Contudo, a responsável pela coordenação dos cuidados continua sendo a equipe de saúde da família.

Pretende-se implantar os Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF) com a mesma lógica das equipes de matriciamento. No momento da pesquisa, o município já tinha obtido autorização para a constituição de duas equipes e estava em curso o pedido para mais cinco núcleos. O secretário municipal de saúde julga que ampliar o matriciamento melhoraria a integração da Saúde da Família à rede.

### **Acesso das famílias usuárias da ESF à atenção especializada segundo profissionais e famílias**

Nos questionários aplicados a profissionais e às famílias foram avaliadas questões referentes ao acesso e à utilização de serviços especializados, tais como percurso mais comum do usuário desde o encaminhamento da Estratégia SF, utilização de normas e procedimentos para referência e contrarreferência, 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 utilizados para referência, modo de encaminhamento e consecução do atendimento pelo especialista.

O percurso mais comum utilizado quando um paciente é atendido na unidade básica de saúde e necessita ser encaminhado para consulta especializada, no entendimento de 95% dos médicos e enfermeiros entrevistados, é o agendamento feito pela unidade básica de saúde e a data posteriormente informada ao paciente.

**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 pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Percurso	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
O paciente sai da unidade com a consulta agendada	1	1,6	-	-	1	0,8
A consulta é agendada pela unidade básica de saúde e a data, posteriormente informada ao paciente	57	93,4	68	97,1	125	95,4
A consulta é agendada pelo próprio paciente junto à central de marcação	1	1,6	1	1,4	2	1,5
Não há percurso definido	1	1,6	-	-	1	0,8
Não respondeu	1	1,6	1	1,4	2	1,5
Total	61	100,0	70	100,0	131	100,0

Observação: n = 61 médicos e n = 70 enfermeiros.

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 parcialmente confirmado pelos usuários. Cerca de 36% das famílias referiram que a consulta com especialista feita nos últimos 12 meses, foi agendada pelo Posto/Unidade de Saúde da Família. Já 16% dos 227 entrevistados que consultaram o especialista nos últimos 12 meses informaram tê-lo procurado por conta própria em serviço particular e outros 15% o procuraram por conta própria, sem encaminhamento.

**Tabela 2 – E27 Modo de encaminhamento do paciente para consulta com especialista nos últimos doze meses, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Modo de encaminhamento	n	%
A consulta com especialista foi agendada pelo Posto/Unidade de Saúde da Família	81	35,7
Agendou a consulta na Central de Marcação	10	4,4
Recebeu uma ficha de encaminhamento e agendou a consulta no serviço indicado pelo Posto/Unidade de Saúde da Família	17	7,5
Recebeu ficha de encaminhamento e procurou por conta própria um serviço de saúde	14	6,2
Informada a necessidade de consultar especialista, sem receber ficha de encaminhamento	8	3,5
Não foi encaminhado pela ESF/ Encaminhado por outro serviço	8	3,5
Procurou por conta própria sem qualquer encaminhamento	34	15,0
Foi encaminhado por médico, clínica ou ambulatório particular	5	2,2
Por conta própria, em serviço particular	36	15,9
Emergência	4	1,8
Não respondeu	4	1,8
Outros*	6	2,6
Total	227	100,0

Observação: n = 227 entrevistados que realizaram consulta com especialista nos últimos 12 meses.

\*Outros modos de encaminhamento para consulta com especialista nos últimos 12 meses: Não respondeu (2); agendou na própria unidade; não; não fez marcação de consulta com PSF; por terceiros, que trabalham no hospital.

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

Cerca da metade dos médicos (56%) informou que os profissionais de saúde de sua unidade poucas vezes e nunca utilizam normas definidas para referência e contrarreferência. Contudo, 43% disseram que fazem uso de normas sempre e na maioria das vezes. Pouco mais da metade dos enfermeiros (56%) declararam fazer uso dessas normas poucas vezes e nunca.

Entre os 61 médicos entrevistados, 61% afirmaram que, sempre e na maioria das vezes, os profissionais de atenção básica discutem com o usuário/cliente os possíveis lugares de atendimento ou o indicam, quando este precisa ser referido a outros serviços. Entre os enfermeiros, esse percentual foi pouco maior: 73%.

**Tabela 3 – D7 D8 Frequência de uso de normas e procedimentos para referência informada por médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Normas e procedimentos	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Médicos</b>												
D7 Com que frequência os profissionais de saúde na sua unidade utilizam normas definidas para referência e contrarreferência?	9	14,8	17	27,9	22	36,1	12	19,7	1	1,6	61	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?	13	21,3	24	39,3	18	29,5	4	6,6	2	3,3	61	100,0
<b>Enfermeiros</b>												
D7 Com que frequência os profissionais de saúde na sua unidade utilizam normas definidas para referência e contrarreferência?	12	17,1	18	25,7	35	50,0	4	5,7	1	1,4	70	100,0
D8 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?	22	31,4	29	41,4	15	21,4	2	2,9	2	2,9	70	100,0

Observação: n = 61 médicos e n = 70 enfermeiros.

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

Entre as famílias com experiência de encaminhamento, 54% relataram receber informações por escrito sobre o seu problema de saúde para serem encaminhadas ao serviço ou a especialista. Cerca de 38% não recebem informações por escrito dos profissionais da equipe de saúde da família.

**Tabela 4 – E20 Fornecimento de informações por escrito pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família no encaminhamento ao especialista segundo famílias cadastradas, Florianópolis (SC), 2008**

Informações por escrito	n	%
Sim	255	54,4
Não	179	38,2
Não respondeu	35	7,5
Total	469	100,0

Observação: n = 469 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.

A contrarreferência formalizada é pouco menos frequente. No caso do usuário ou de alguém de sua família ser encaminhado ao especialista, cerca de 43% dos entrevistados informaram retornar ao Posto/Unidade de Saúde da Família com informações por escrito sobre o resultado da consulta, o que se considera elevada proporção de pacientes que recebe documentação de contrarreferência do especialista. Salienta-se que não foi examinada a qualidade desta informação na pesquisa.

**Tabela 5 – E21 Contrarreferência dos especialistas para Equipe de Saúde da Família segundo famílias cadastradas, Florianópolis (SC), 2008**

Informações por escrito	n	%
Sim	203	43,3
Não	224	47,8
Não respondeu	42	9,0
Total	469	100,0

Observação: n = 469 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.

A maioria dos médicos e dos enfermeiros entrevistados (89%) afirmou que existe uma central de marcação de consultas especializadas no município de Florianópolis.

**Tabela 6 – D9 Existência de uma central de marcação de consultas especializadas informado pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Central de Marcação	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	55	90,2	62	88,6	117	89,3
Não	3	4,9	4	5,7	7	5,3
Não sabe informar	3	4,9	4	5,7	7	5,3
Total	61	100,0	70	100,0	131	100,0

Observação: n = 61 médicos e n = 70 enfermeiros.

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

Em relação à frequência de agendamento para outros serviços, 48% dos médicos das ESFs de Florianópolis afirmaram que poucas vezes conseguem agendar para os ambulatórios de média complexidade. Para procedimentos de alta complexidade/alto custo, 79% dos médicos referiram que poucas vezes e nunca se consegue agendamento, o que sugere não ser esta sua atribuição rotineira. Para o serviço de diagnose e terapia, 48% dos médicos relataram que poucas vezes se consegue agendamento. Para os serviços de maternidade, 75% dos médicos afirmaram conseguir realizar agendamento sempre e na maioria das

vezes. No que se refere às internações, 41% dos profissionais declararam que poucas vezes conseguem agendamento e 23%, nunca, totalizando 64%.

Os enfermeiros (72%) informaram que conseguem agendamento sempre e na maioria das vezes para serviços ambulatoriais de média complexidade. Verificou-se que 79% dos entrevistados relataram conseguir agendar poucas vezes e nunca os procedimentos de alta complexidade/alto custo. Cerca de 56% dos enfermeiros informaram que, na maioria das vezes, conseguem realizar agendamento para serviço de apoio diagnóstico e terapia; no entanto, um percentual importante (33%) mencionou que poucas vezes consegue agendar para esse serviço.

Para os serviços de maternidade, 38% dos enfermeiros disseram que sempre conseguem agendamento e 39%, na maioria das vezes, totalizando 77% de respostas afirmativas. Para 54% dos enfermeiros poucas vezes e nunca se consegue agendamento para internações o que indica não ser esta sua atribuição rotineira.

**Tabela 7 – D15 Frequência com que conseguem realizar o agendamento para outros serviços segundo médicos, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Tipo de serviço	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Não sabe		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Ambulatórios de média complexidade	2	3,3	27	44,3	29	47,5	-	-	1	1,6	2	3,3	61	100,0
b) Procedimentos de alta complexidade/alto custo	1	1,6	9	14,8	42	68,9	6	9,8	1	1,6	2	3,3	61	100,0
c) Serviço de Apoio diagnóstico e terapia	4	6,6	22	36,1	29	47,5	-	-	3	4,9	3	4,9	61	100,0
d) Maternidade	18	29,5	28	45,9	6	9,8	5	8,2	2	3,3	2	3,3	61	100,0
e) Internações	-	-	15	24,6	25	41,0	14	23,0	4	6,6	3	4,9	61	100,0

Observação: n = 61 médicos.

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 enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Tipo de serviço	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Não sabe		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Ambulatórios de média complexidade	8	13,1	36	59,0	17	27,9	2	3,3	5	8,2	2	3,3	70	100,0
b) Procedimentos de alta complexidade/alto custo	3	4,9	9	14,8	40	65,6	8	13,1	8	13,1	2	3,3	70	100,0
c) Serviço de Apoio diagnóstico e terapia	4	6,6	34	55,7	20	32,8	2	3,3	8	13,1	2	3,3	70	100,0
d) Maternidade	23	37,7	24	39,3	8	13,1	7	11,5	6	9,8	2	3,3	70	100,0
e) Internações	5	8,2	20	32,8	23	37,7	10	16,4	10	16,4	2	3,3	70	100,0

Observação: n = 70 enfermeiros.

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

**Tabela 9 – D15 Frequência com que conseguem realizar o agendamento para outros serviços segundo médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 – Total**

Tipo de serviço	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Não sabe		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Ambulatórios de média complexidade	10	7,6	63	48,1	46	35,1	2	1,5	6	4,6	4	3,1	131	100,0
b) Procedimentos de alta complexidade/alto custo	4	3,1	18	13,7	82	62,6	14	10,7	9	6,9	4	3,1	131	100,0
c) Serviço de Apoio diagnóstico e terapia	8	6,1	56	42,7	49	37,4	2	1,5	11	8,4	5	3,8	131	100,0
d) Maternidade	41	31,3	52	39,7	14	10,7	12	9,2	8	6,1	4	3,1	131	100,0
e) Internações	5	3,8	35	26,7	48	36,6	24	18,3	14	10,7	5	3,8	131	100,0

Observação: n = 61 médicos e n = 70 enfermeiros.

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

Perguntou-se aos profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) das ESFs de Florianópolis sobre o tempo médio de espera do paciente referenciado para outros níveis de complexidade.

Os médicos (74%) estimaram tempo de espera de três meses e mais para os serviços de consultas especializadas, período também observado para as consultas de cardiologia (44%) e para os exames de radiologia e ultrassom (56%). Os melhores resultados foram para exames de patologia clínica: 59% informaram tempo médio de espera de até um mês. Um percentual de 75% dos médicos estimou tempo de três meses e mais para as internações.

Já 43% dos enfermeiros estimaram tempo médio de espera de três meses e mais para consultas especializadas. Para as consultas de cardiologia, 36% deles informaram espera de até um mês. Para exames de radiologia e ultrassom, 47% relataram tempo médio de espera de três meses. Cerca de 34% dos enfermeiros consideraram o tempo médio de espera de até três semanas para os exames de patologia clínica. Já para as internações, 46% informaram período de espera de três meses e mais.

Considerando-se o conjunto de médicos e enfermeiros, 57% estimam, para consultas especializadas, uma espera de três meses e mais entre o encaminhamento e a realização da consulta, período igualmente observado para as consultas de cardiologia segundo 38% dos enfermeiros. Os melhores resultados foram para exames de patologia clínica: 30% dos médicos e dos enfermeiros indicaram tempo médio de espera de até três semanas, evidenciando menores dificuldades de acesso. Quanto aos exames de radiologia e ultrassom, 51% do conjunto de médicos e enfermeiros mencionaram período de espera de até três meses e mais. Para as internações, 60% dos médicos e dos enfermeiros estimaram tempo de espera de três meses e mais. Os tempos de espera para internações são pouco conhecidos pelos enfermeiros entrevistados: 43% deles não sabem estimá-lo, o que indica não ser essa uma atribuição destes profissionais.

**Tabela 10 – D16 Tempo médio de espera do paciente referenciado para os outros níveis de complexidade estimado por médicos, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Tipo de serviço	3 a 7 dias		1a 3 semanas		1 mês		2 meses		3 meses e mais		Não sabe informar		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Consultas especializadas	1	1,6	1	1,6	1	1,6	3	4,9	45	73,8	4	6,6	6	9,8	61	100,0
Consultas de cardiologia	-	-	3	4,9	13	21,3	11	18,0	27	44,3	3	4,9	4	6,6	61	100,0
Exames Patologia clínica	1	1,6	14	23,0	21	34,4	7	11,5	12	19,7	2	3,3	4	6,6	61	100,0
Exames Radiologia e ultrassom	1	1,6	3	4,9	6	9,8	11	18,0	34	55,7	2	3,3	4	6,6	61	100,0
Internações para cirurgia eletiva	-	-	-	-	-	-	1	1,6	46	75,4	10	16,4	4	6,6	61	100,0

Observação: n = 61 médicos.

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 enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

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		Total	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Consultas especializadas	-	-	-	-	4	5,7	10	14,3	10	14,3	30	42,9	8	11,4	8	11,4	70	100,0
Consultas de cardiologia	1	1,4	3	4,3	3	4,3	18	25,7	9	12,9	23	32,9	7	10,0	6	8,6	70	100,0
Exames Patologia clínica	2	2,9	2	2,9	20	28,6	9	12,9	8	11,4	14	20,0	9	12,9	6	8,6	70	100,0
Exames de Radiologia e ultrassom	-	-	1	1,4	4	5,7	11	15,7	7	10,0	33	47,1	6	8,6	8	11,4	70	100,0
Internações para cirurgia eletiva	-	-	1	1,4	-	-	-	-	-	-	32	45,7	30	42,9	7	10,0	70	100,0

Observação: n = 70 enfermeiros.

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

**Tabela 12 – D16 Tempo médio de espera do paciente referenciado para os outros níveis de complexidade estimado por médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 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		Total	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Consultas especializadas	-	-	1	0,8	5	3,8	11	8,4	13	9,9	75	57,3	12	9,2	14	10,7	131	100,0
Consultas de cardiologia	1	0,8	3	2,3	6	4,6	31	23,7	20	15,3	50	38,2	10	7,6	10	7,6	131	100,0
Exames Patologia clínica	2	1,5	3	2,3	34	26,0	30	22,9	15	11,5	26	19,8	11	8,4	10	7,6	131	100,0
Exames Radiologia e ultrassom	-	-	2	1,5	7	5,3	17	13,0	18	13,7	67	51,1	8	6,1	12	9,2	131	100,0
Internações para cirurgia eletiva	-	-	1	0,8	-	-	-	-	1	0,8	78	59,5	40	30,5	11	8,4	131	100,0

Observação: n = 61 médicos e n = 70 enfermeiros.

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

Sobre a resolutividade do atendimento e a necessidade de encaminhamento para o especialista, pouco mais da metade das famílias (57%) informou conseguir resolver o problema de saúde na própria USF. No entanto, 40% relataram ser necessário procurar especialista para a resolução dos seus problemas.



**Tabela 13 – E19 Resolutividade do atendimento e necessidade de encaminhamento para especialista segundo famílias cadastradas, Estratégia Saúde de Família, Florianópolis (SC), 2008**

Encaminhamento para especialista	n	%
Conseguem resolver o problema de saúde neste atendimento	267	56,9
Precisam procurar um especialista	187	39,9
Não respondeu	15	3,2
Total	469	100,0

Observação: n = 469 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.

Entre as famílias entrevistadas, 52% relataram que ninguém da sua família foi atendido pelo médico da equipe de saúde da família nos últimos 30 dias. Dos 208 respondentes que afirmaram que ele ou alguém da sua família fora atendido pelo médico da ESF, 72% informaram que não houve necessidade de encaminhamento a outro serviço de saúde, enquanto 28% (58/ 208) disseram que foram encaminhados para outro serviço ou profissional nesse atendimento.

**Tabela 14 – 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, Florianópolis (SC), 2008**

Encaminhamento para especialistas	n	%
Sim	58	12,4
Não	150	32,0
Ninguém da família foi atendido pelo médico nos últimos 30 dias	242	51,6
Não respondeu	19	4,1
Total	469	100,0

Observação: n = 469 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.

Entre os encaminhamentos, 73% foram para consulta com especialista e 33% para exames. Considerando apenas os encaminhamentos para especialistas e internação ou cirurgia, observou-se um percentual de 17% (36/208) de encaminhamentos nos atendimentos de famílias nos últimos trinta dias.

**Tabela 15 – E23 Motivos do encaminhamento pelo médico da Equipe de Saúde da Família nos últimos trinta dias segundo famílias cadastradas, Florianópolis (SC), 2008**

Motivos do encaminhamento	n	%
Para consulta médica com especialista	35	73,3
Para exames	20	33,3
Para internação ou cirurgia	1	-
Por outro motivo	5	3,3

Observação: n = 58 famílias com integrante atendido por médico da ESF e encaminhado para outro serviço de saúde ou profissional.

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

Foi perguntado se o próprio informante, nos últimos 12 meses necessitava procurar especialista ou clínica especializada para fazer consulta: 48% dos entrevistados responderam afirmativamente e 51% declararam não ter consultado especialista nesse período.

**Tabela 16 – E24 Consulta do entrevistado com especialista nos últimos doze meses, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Consulta com especialista	n	%
Sim	227	48,4
Não	238	50,7
Não respondeu	4	0,9
Total	469	100,0

Observação: n = 469 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, 52% dos entrevistados informaram que o encaminhamento não foi realizado por meio do Posto/Unidade de Saúde da Família (UBS).

**Tabela 17 – E25 Encaminhamento para consulta com especialista realizado por Equipe de Saúde da Família nos últimos doze meses segundo entrevistados, Florianópolis (SC), 2008**

Encaminhamento para especialista pela ESF	n	%
Sim	105	46,3
Não	118	52,0
Não respondeu	4	1,8
Total	227	100,0

Observação: n = 227 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. Nos últimos 12 meses, 28% dos entrevistados foram a ambulatórios de hospitais públicos. Já 27% dos usuários foram atendidos em consultórios particulares, enquanto 16% foram encaminhados para Policlínicas ou PAMs (Postos de Assistência Médica) do SUS. Outros 12% utilizaram ambulatórios ou consultórios de clínicas ou hospitais privados para consulta especializada nos últimos 12 meses.

**Tabela 18 – 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, Florianópolis (SC), 2008**

Tipos de serviços de saúde	n	%
Ambulatório de hospital público	63	27,8
Consultório particular	62	27,3
Policlínica ou PAM (Posto de Assistência Médica) do SUS	37	16,3
Ambulatório ou consultório de clínica ou hospital privado	27	11,9
Pronto-socorro ou emergência público	16	7,0
Posto ou Centro de Saúde do SUS	4	1,8
Pronto-socorro ou emergência privado	4	1,8
Outros*	14	6,2
Total	227	100,0

Observação: n = 227 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: Clínica particular (2); ainda não foi chamada; ambulatório da Marinha; CEPON; Clínica geral/rotina do posto; neurologista em hospital público; fisioterapia; na clínica em que trabalha; não; não sabe; oftalmologista; plano de saúde; psicólogo em hospital público-SUS.

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

A partir do encaminhamento realizado nos últimos 12 meses, 71% dos entrevistados relataram ter conseguido atendimento pelo especialista.

**Tabela 19 – E28 Usuários que conseguiram ser atendidos pelo especialista a partir de encaminhamento realizado nos últimos doze meses, Florianópolis (SC), 2008**

Atendimento pelo especialista	n	%
Sim	162	71,4
Não	27	11,9
Não procurou	25	11,0
Não respondeu	13	5,7
Total	227	100,0

Observação: n = 227 entrevistados que realizaram consulta com especialista nos últimos 12 meses.

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

Quanto ao intervalo de tempo transcorrido entre o encaminhamento pela equipe de saúde da família e a realização da consulta pelo especialista, 29% dos entrevistados informaram

ter realizado a consulta em até 14 dias; para 44%, o tempo máximo transcorrido foi de até 30 dias, enquanto 28% relataram intervalo maior de 60 dias.

**Tabela 20 – E29 Intervalo de tempo transcorrido entre encaminhamento pela Equipe de Saúde da Família e realização da consulta por especialista, Florianópolis (SC), 2008**

Intervalo de tempo	n	%	Frequência acumulada
0 dias	4	2,5	2,5
1 a 7 dias	38	23,5	26,0
8 a 14 dias	4	2,5	28,5
15 a 30 dias	25	15,4	43,9
31 a 60 dias	22	13,6	57,5
61 a 90 dias	19	11,7	69,2
90 dias ou mais	26	16,0	85,2
Não respondeu	24	14,8	14,8
Total	162	100,0	100,0

Observação: n = 162 entrevistados que realizaram consultas com especialistas nos últimos 12 meses encaminhados pela ESF.

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

## 2. ACESSO AOS SERVIÇOS DE APOIO À DIAGNOSE E TERAPIA

Para a realização de testes de patologia clínica e demais exames diagnósticos, o município conta com laboratório municipal, laboratórios privados conveniados e unidades do estado. A coleta de material para patologia clínica não é realizada nas UBSs. Nos Centros de Saúde há coleta de material para baciloscopia de tuberculose, teste do pezinho e colpocitologia. Os exames de patologia clínica são realizados nos laboratórios conveniados, enquanto o municipal assumiu a responsabilidade pelos exames de infectologia, como hepatite, rubéola, toxoplasmose e HIV, entre outros.

A partir da data marcada, o usuário tem até 30 dias para comparecer ao laboratório e fazer o exame. Os resultados são entregues ao paciente nessas unidades. Alguns laboratórios oferecem a opção de acessar o resultado pela internet. O único exame que é encaminhado diretamente ao centro de saúde é o preventivo de Ca de colo e os realizados no laboratório municipal. O coordenador de atenção básica informou que os resultados dos exames realizados nas unidades municipais já estavam sendo disponibilizados no prontuário eletrônico desde março de 2008.

O acesso e a regulação dos serviços de apoio à diagnose e à terapia também são realizados por meio do SISREG, obedecendo à distribuição de cotas por unidades. Em casos de exames emergenciais, o profissional de saúde pode ligar para a coordenação de regulação e

solicitar diretamente o exame. Com a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, o município recebeu prestadores privados vinculados à SES, dentro da lógica do comando único, e passou a responder por eles. Contudo, estes prestadores foram contratados pelo estado e há prazo para que os contratos sejam feitos com o município. No momento de realização da pesquisa, a SMS havia formado uma comissão para preparar todos os editais e demais trâmites, visando a um Chamamento Público com o objetivo de contratar o que não é oferecido pela rede própria.

Entre as novas exigências colocadas à rede privada contratada está a disponibilização de postos descentralizados para coleta de material biológico. O secretário municipal de saúde afirmou que um decreto do prefeito autorizou a não concessão do alvará sanitário para prestadores com dívidas de ISS e de IPTU, mas permite que as dívidas sejam trocadas por prestação de serviços. Uma das dificuldades mencionadas para a contratação de serviços da rede privada seria o preço pago pela tabela SUS para procedimentos de média complexidade, considerado inadequado pelos prestadores.

Os exames de mamografia, ultrassom ginecológico e clínico, radiografia contrastada e endoscopia alta e baixa estão sob gestão municipal, sendo reguladas pelo sistema. Foram identificadas filas de espera para mamografia, ultrassom clínico e endoscopia baixa, as quais são monitoradas da mesma forma que as consultas especializadas, por meio dos relatórios gerados pelo SISREG.

Para os procedimentos de alto custo, como a tomografia, o usuário tem que abrir processo no setor de Alto Custo sob responsabilidade da Coordenação de Regulação da SMS. Este fluxo foi iniciado em abril. Antes era preciso abrir processo na SES, e a avaliação, realizada pelo médico regulador de lá. Ainda assim, os serviços são contratados pelo estado. Hemodiálise, quimioterapia e radioterapia estão sob gestão estadual. O coordenador de atenção básica afirma que o município irá assumir gradativamente estas funções a partir da assinatura do Pacto.

O generalista pode solicitar exames de patologia clínica e de interesse epidemiológico (HIV, hepatites etc.), citopatologia, colposcopia, radiologia simples e contrastada, mamografia, eletrocardiograma, ultrassom ginecológico e clínico e endoscopia alta e baixa, realizados nas policlínicas ou na rede privada contratada. Esta definição está estabelecida nos protocolos clínicos, como os de saúde da mulher e do idoso. No caso do pré-natal, o enfermeiro também pode pedir exames conforme o protocolo. Para os exames de alto custo, como tomografia, ressonância magnética e cintilografia, que só podem ser

solicitados pelos especialistas e avaliados pela regulação, o fluxo também está padronizado.

A definição de prioridades clínicas para apoio diagnóstico avalia elementos como prioridade e urgência. São consideradas prioridades todos os casos em que o paciente tem procedimento agendado e a não realização compromete sua realização, como, por exemplo, cirurgia marcada ou gestante que precisa de exame de rotina em mês específico. Nos casos de urgência, toma-se em conta apenas a hipótese diagnóstica e a justificativa clínica.

Os mecanismos que o município adota para organizar as referências para exames e terapias no SUS são os mesmos utilizados para as consultas especializadas, quais sejam: serviço responsável pela marcação de exames e terapias (SISREG), guia de informações sobre os serviços disponíveis para referência, agendamento prévio na unidade que encaminha o paciente, distribuição de cotas de procedimentos especializados por UBS e a PPI. Na SMS há um informativo mensal que será transformado em caderno de informação do SISREG. No sistema, também há espaço na página inicial para ‘avisos’, onde são divulgadas informações sobre atenção especializada, agendas e serviços, entre outras, estabelecendo-se comunicação em tempo real.

Entre as estratégias para regulação das referências estão: definição de prioridades clínicas, existência de médico autorizador ou regulador, acompanhamento das filas por meio do SISREG.

Uma das dificuldades apontadas pela Coordenação de Regulação para operação do sistema de marcação de consultas e exames refere-se ao excesso de demanda, agravada pelo fato de as solicitações serem efetuadas sem critérios. Este não seria só um problema da atenção básica, mas da rede como um todo.

Cada UBS organiza as consultas de retorno para saber os resultados dos exames de forma diferenciada. Em algumas, há um dia da semana no qual os usuários levam os resultados, sem que seja preciso marcação prévia de consulta; em outra, o médico reserva horários para esta atividade. No caso de hipertensos, diabéticos e gestantes o retorno, em geral, já é agendado na própria consulta.

Ainda não há prática sistemática de avaliar os encaminhamentos realizados pelas equipes de saúde da família. O coordenador de atenção básica destacou que todo este processo de regulação por parte do município é ainda recente. Relatou que, no momento da pesquisa, a coordenação de controle, avaliação e auditoria estava realizando um levantamento de todas

as referências para consultas e exames especializados por centro de saúde com o objetivo de avaliar os encaminhamentos. Pretende-se elaborar séries históricas que permitam análises comparativas.

Entre as dificuldades para a garantia de acesso ao apoio à diagnose e à terapia, os gestores relatam o fato de os contratos com a rede privada ainda não serem estabelecidos pelo município. A contratação é efetivada pelo estado e não atenderia às necessidades da rede municipal, embora o município já estivesse elaborando os Editais para Chamamento Público, conforme mencionado. O financiamento insuficiente também foi outra dificuldade alegada. Com a elaboração e a implantação dos protocolos clínicos pretende-se orientar melhor os encaminhamentos para exames complementares.

### **Acesso das famílias usuárias da ESF aos serviços de apoio à diagnose e terapia segundo profissionais e famílias**

Mais de 90% dos médicos e dos enfermeiros entrevistados em Florianópolis afirmaram que exames de hematologia, bioquímica, sorologias, eletrocardiografia, radiologia simples, mamografia e ultrassonografia obstétrica podem ser solicitados pelos profissionais da Saúde da Família. Com percentuais menores, os profissionais de nível superior das ESF afirmaram poder solicitar exames de radiografia contrastada (60%), ecocardiografia (61%), audiometria (74%), tomografia computadorizada (76%), colposcopia (80%), anatomopatologia e citopatologia (81%), endoscopia (84%) e ultrassonografia clínica (87%).

**Tabela 21 – D3 Tipos de exame que podem ser solicitados pelos profissionais de saúde da família segundo médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Tipos de exames	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
a) Hematologia	60	98,4	64	91,4	124	94,7
b) Bioquímica	60	98,4	64	91,4	124	94,7
c) Sorologias	60	98,4	67	95,7	127	96,9
d) Anatomopatologia e citopatologia	49	80,3	57	81,4	106	80,9
e) Eletrocardiografia	58	95,1	67	95,7	125	95,4
f) Radiologia simples	60	98,4	68	97,1	128	97,7
g) Radiografia contrastada	42	68,9	38	54,3	80	61,1
h) Mamografia	60	98,4	69	98,6	129	98,5
i) Colposcopia	44	72,1	61	87,1	105	80,2
j) Ultrassonografia obstétrica	59	96,7	69	98,6	128	97,7
k) Ultrassonografia clínica	49	80,3	65	92,9	114	87,0
l) Ecocardiografia	44	72,1	53	75,7	97	74,0
m) Métodos endoscópicos	56	91,8	54	77,1	110	84,0
n) Audiometria	50	82,0	49	70,0	99	75,6
o) Tomografia computadorizada	39	63,9	39	55,7	78	59,5

Observação: n = 61 médicos e n = 70 enfermeiros.

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

Cerca de 56% dos médicos entrevistados informaram que poucas vezes ou nunca há normas definidas para a solicitação de exames laboratoriais de complementação diagnóstica. Contudo, 70% dos enfermeiros entrevistados referiram que existem normas definidas sempre e na maioria das vezes para essa solicitação.

**Tabela 22 – D5 Existência de normas definidas para solicitação de exames laboratoriais informada por médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Vitória (ES), 2008**

Existência de normas	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Médicos</b>												
D5 Existem normas definidas para a solicitação de exames laboratoriais de complementação diagnóstica?	11	18,0	15	24,6	20	32,8	14	23,0	1	1,6	61	100,0
<b>Enfermeiros</b>												
D5 Existem normas definidas para a solicitação de exames laboratoriais de complementação diagnóstica?	18	25,7	31	44,3	12	17,1	5	7,1	4	5,7	70	100,0

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



Um total de 92% dos médicos e dos enfermeiros de Florianópolis informou que poucas vezes e nunca há coleta de material onde trabalha para exames de laboratório na UBS.

**Tabela 23 – D6 Existência de coleta de material para exames de laboratório na UBS informada pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 – Total**

Existência de coleta de material	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sempre	1	1,6	4	5,7	5	3,8
Na maioria das vezes	1	1,6	2	2,9	3	2,3
Poucas vezes	14	23,0	19	27,1	33	25,2
Nunca	44	72,1	43	61,4	87	66,4
Não respondeu	1	1,6	2	2,9	3	2,3
Total	61	100,0	70	100,0	131	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 49% dos profissionais sempre e na maioria das vezes o conseguem para serviços de apoio diagnóstico e terapia (D15c). O tempo médio de espera do paciente é de até três semanas para exames de patologia clínica, segundo 30% dos médicos e enfermeiros. No entanto, o tempo estimado de espera para exames de radiologia e de ultrassom foram maiores: 51% do conjunto de médicos e enfermeiros o estimaram em três meses e mais (D16).

Perguntadas sobre o acesso a exames em atendimento pela ESF, metade das famílias (339) que relatou a necessidade de realizá-los declarou ter conseguido somente alguns exames. Ao redor de 41% famílias afirmaram conseguir fazer todos os exames, enquanto 28% referiram que nunca precisaram de exames.

Quanto ao local de coleta de material para exames após atendimento pela ESF, 69% dos entrevistados ressaltaram que é distante da USF.

**Tabela 24 – F1 Acesso a exames em atendimento realizado pela Equipe de Saúde da Família segundo famílias cadastradas, Florianópolis (SC), 2008**

Acesso a exames	n	%
Conseguem realizar todos os exames	138	29,4
Realizam somente alguns exames	171	36,5
Não conseguem realizar exame algum	27	5,8
Nunca necessitou fazer exame	130	27,7
Não respondeu	3	0,6
Total	469	100,0

Observação: n = 469 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 25 – F2 Local de coleta de exames de análises clínicas após atendimento pela Equipe de Saúde da Família segundo famílias cadastradas, Florianópolis (SC), 2008**

Local de coleta	n	%
No próprio Posto/Unidade de Saúde da Família (USF)	14	4,2
Em local próximo da USF	84	25,0
Em local distante da USF	230	68,5
No próprio domicílio	2	0,6
Não respondeu	6	1,8
Total	336	100,0

Observação: n = 336 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.

A maioria das famílias entrevistadas (84%) informou tomar conhecimento sempre dos resultados dos exames.

**Tabela 26 – F3 Conhecimento dos resultados dos exames realizados pelas famílias, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Conhecimento dos resultados dos exames	n	%
Sempre	283	84,2
Na maioria	37	11,0
Poucas vezes	7	2,1
Nunca	4	1,2
Não respondeu	5	1,5
Total	336	100,0

Observação: n = 336 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.

De acordo com 89% das famílias entrevistadas, há consulta de retorno com o médico, após a busca dos resultados dos exames, sempre e na maioria das vezes,

**Tabela 27 – F4 Existência de consulta de retorno com o médico após recebimento do resultado dos exames segundo famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Consulta de retorno com o médico	n	%
Sempre	240	71,4
Na maioria das vezes	58	17,3
Poucas vezes	16	4,8
Nunca	13	3,9
Não respondeu	9	2,7
Total	336	100,0

Observação: n = 336 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 12 meses, 65% dos entrevistados referiram que o exame foi agendado pelo seu Posto/Unidade de Saúde da Família em outro serviço de saúde.

**Tabela 28 – F5 Forma de agendamento de exames realizados pelo entrevistado nos últimos doze meses segundo famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Forma de agendamento	n	%
O exame foi feito no próprio Posto/Unidade de Saúde da Família	26	7,7
O exame foi agendado pelo Posto/Unidade de Saúde da Família em outro serviço de saúde	218	64,9
Você ou seu familiar recebeu ficha de encaminhamento e agendou o exame no serviço indicado pelo Posto/Unidade de Saúde da Família	21	6,3
Você ou seu familiar recebeu ficha de pedido de exame e procurou por conta própria um serviço de saúde	12	3,6
Você não recebeu ficha de pedido de exame	3	0,9
Não sabe informar	31	9,2
Não respondeu	7	2,1
Outros*	18	5,4
Total	336	100,0

Observação: n = 336 famílias com integrante que teve exames solicitados pela equipe de saúde da família.

\*Outros tipos de agendamento de exames: por conta própria (11); não respondeu (4); em laboratório de hospital público (3).

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

Para as 336 famílias que relataram experiência de solicitação de exame pela ESF foi perguntado se o próprio informante, nos últimos 12 meses, necessitava fazer exame solicitado pelo médico do PSF: 52% dos entrevistados responderam afirmativamente (F6). Destes, 79% afirmaram ter conseguido realizá-lo (F7).

**Tabela 29 – F6 Necessidade de realização de algum exame solicitado pelo médico do PSF nos últimos doze meses pelo entrevistado, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Realização de exame solicitado pelo médico nos últimos 12 meses	n	%
Sim	174	51,8
Não	156	46,4
Não respondeu	6	1,8
Total	336	100,0

Observação: n = 336 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.

**Tabela 30 – F7 Possibilidade de realização dos exames solicitados pelo médico do PSF nos últimos doze meses pelo entrevistado, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Realização de exames	n	%
Sim	137	78,7
Não	37	21,3
Total	174	100,0

Observação: n = 174 entrevistados 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.

O intervalo máximo transcorrido entre solicitação e realização dos exames foi de até 14 dias na experiência de 21% dos entrevistados; para 58% dos entrevistados, o intervalo variou de 15 a 30 dias e 41% mencionaram que ele foi maior de 30 dias.

**Tabela 31 – F8 Intervalo de tempo transcorrido entre solicitação e realização dos exames segundo entrevistados, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Intervalo de tempo	n	%	Frequência acumulada
1 a 7 dias	26	19,0	19,0
8 a 14 dias	3	2,2	21,2
15 a 30 dias	50	36,5	57,7
31 a 60 dias	19	13,9	71,6
61 a 90 dias	15	10,9	82,5
91 dias ou mais	22	16,1	98,6
Não respondeu	2	1,5	1,5
Total	137	100,0	100,0

Observação: n = 137 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.

Na avaliação de 59% dos entrevistados, foi de até 14 dias o intervalo transcorrido entre a realização dos exames solicitados pelo médico do PSF e o acesso aos resultados; para 85%, o intervalo variou de 15 a 30 dias.

**Tabela 32 – F9 Intervalo de tempo transcorrido entre realização dos exames solicitados pelo médico do PSF e recebimento dos resultados segundo entrevistados, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Intervalo de tempo	n	%	Frequência acumulada
0 dias	1	0,7	0,7
1 a 7 dias	70	51,1	51,8
8 a 14 dias	10	7,3	59,1
15 a 30 dias	35	25,5	84,6
31 a 60 dias	10	7,3	91,9
61 a 90 dias	3	2,2	94,1
91 dias ou mais	2	1,5	95,6
Não respondeu	6	4,4	4,4
Total	137	100,0	100,0

Observação: n = 137 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.

### 3. ACESSO À ATENÇÃO HOSPITALAR

A SMS de Florianópolis não é responsável pela gestão da atenção hospitalar. Não existe uma central de leitos ou internações municipal e os fluxos para internação não estão definidos formalmente. A Coordenação de Regulação é responsável pelas AIHs, mas não pela regulação. A autorização de internação pelo município atende a dois fluxos distintos: um que vem dos hospitais, proveniente das internações de emergência, e outro relativo às cirurgias eletivas, cujos pedidos são encaminhados à SMS. Quando um usuário é encaminhado para uma cirurgia eletiva pelas unidades do município ou entra direto pela porta de entrada do hospital, este solicita a emissão da AIH.

Há filas de espera para cirurgias eletivas e para emergência, porém o município não monitora esses dados. De acordo com o representante do CRM há filas de espera no estado todo: *“À medida que o problema se torna mais complexo, temos mais fila. As maiores dificuldades são em relação às doenças crônicas e cirurgias eletivas”*. Relata ainda que seria necessária uma iniciativa estadual que definisse um projeto de regionalização evitando o grande afluxo de pessoas para a capital.

Caso algum médico da rede municipal detecte a necessidade de internação para cirurgia eletiva, encaminha para um profissional da rede hospitalar, que faz uma reavaliação. Contudo, é preciso aguardar abertura de vaga para realizar esta referência. Segundo um

membro da equipe de regulação, há grande dificuldade de conseguir vagas para cirurgia. Quando há dificuldade de conseguir um leito, a coordenação de regulação do município tenta intervir. Outra forma de garantir cirurgias eletivas são os mutirões promovidos pelo município.

Mecanismos informais são utilizados para garantir internação; por exemplo, quando o médico da rede municipal é também profissional de determinado hospital o fluxo para internação é facilitado. O contato telefônico com o médico plantonista é outra estratégia para garantia de internação. Contudo, a partir desse momento, o município perde o contato com o usuário, uma vez que não há contrarreferência. O representante do COREN afirma que há conflitos entre os profissionais da atenção básica e os da rede hospitalar: “(...) *os profissionais do PSF brigam com o pessoal do hospital, porque não querem atender pacientes só com ‘uma dorzinha de barriga’*. Muitos profissionais reclamam que os postos de saúde não fazem mais nada, só querem encaminhar para os hospitais”.

A coordenação de regulação esclarece que, embora o município tenha determinado número de AIHs, nem sempre a oferta dos prestadores corresponde a esse quantitativo. Estima-se que sobrem 50% das AIHs, embora falte oferta. Além disso, os pacientes para emergência têm prioridade sobre os de cirurgia eletiva.

Segundo o secretário municipal de saúde, no Pacto de Gestão estava previsto que o município assumiria uma maternidade e um hospital estaduais, contudo o estado recuou em função de protestos dos profissionais de saúde destas unidades. Relata que a motivação para esta resistência deve-se ao fato de Florianópolis ter adotado o ponto digital em suas unidades de saúde em negociação com o Ministério Público e com os Conselhos Comunitários.

### **Acesso das famílias usuárias da ESF à atenção hospitalar segundo profissionais**

Há facilidade no agendamento de internações para as maternidades pelos profissionais das ESFs de Florianópolis. Para serviços de maternidade, 75% dos médicos informaram conseguir realizar agendamento sempre e na maioria das vezes. Contudo, para internações eletivas poucas vezes e nunca se consegue agendamento (64% dos médicos). Apenas 25% dos médicos afirmaram conseguir agendamento na maioria das vezes (D15).

Quanto ao tempo médio de espera das internações para cirurgia eletiva, 60% dos profissionais de nível superior das ESFs afirmaram que é de três meses e mais (tabela D16, da seção anterior).

#### **4. ACESSO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Segundo gestores locais, todo usuário que chega ao centro de saúde passa pelo acolhimento, sendo encaminhado para uma sala na qual um técnico de enfermagem ou o enfermeiro realiza avaliação e verifica a necessidade de encaixe na agenda do médico. Trinta e duas UBS contam com maletas de primeiros socorros e há profissionais capacitados no curso básico de manutenção da vida. Para os casos mais graves é acionado o SAMU. Segundo o Coordenador de AB há dificuldades para que o SAMU atenda aos chamados, pois compreende que se o usuário está em uma unidade de saúde já está sendo acompanhado. De acordo com uma gerente local de UBS, o contato com os hospitais para atendimento dos casos encaminhados é muito difícil, sendo necessários longos telefonemas para conseguir vaga. Logo, não estão estabelecidos fluxos e mecanismos de contrarreferência da rede de urgência/emergência e a atenção básica.

O município conta também com uma unidade de pronto-atendimento que funciona 24 horas e localiza-se na região norte da ilha. São realizadas cerca de 250 consultas/dia. O atendimento é caracterizado por consultas clínicas e poucos procedimentos cirúrgicos. Nesta unidade há uma ambulância equipada para encaminhar casos mais graves. De acordo com o secretário, o município estava em fase de implantação de duas UPAS que começariam a funcionar a partir de agosto de 2008 no norte e no sul da ilha, integradas às policlínicas. Estas unidades terão maior resolutividade em função da presença de meios diagnósticos e sala de observação. Prevê-se que as UPAs estejam interligadas aos centros de saúde por meio do SISREG e trabalhem com classificação de risco. Assim como as policlínicas, estas unidades poderão acessar o prontuário eletrônico, o que possibilitará a realização da contrarreferência.

Ações especiais para atendimento aos casos de urgência e emergência são desencadeadas no verão. Segundo o secretário, neste período Florianópolis chega a ter um milhão de habitantes. A “Operação Verão” integra bombeiros, defesa civil e diretores das emergências e envolve ações informativas à população de turistas e treinamento dos profissionais das unidades de saúde para realização de primeiro atendimento de

emergência, além de traçar os fluxos para encaminhamentos. No verão o PA realiza quase 400 consultas/dia, conforme o secretário.

O coordenador de atenção básica espera que melhore o acesso da população aos serviços de urgência e emergência e se estabeleçam mecanismos de contrarreferência com a rede básica com a inauguração das duas UPAs, cujo atendimento será integrado pelo prontuário eletrônico.

Cabe destacar que, entre os profissionais de nível superior das ESFs, 80% dos médicos e 69% dos enfermeiros declararam realizar atendimento de urgência/emergência todos os dias.

Entre os auxiliares/ técnicos de enfermagem, 22% mencionaram realizar visitar doentes em casos de emergência todos os dias e 13%, uma vez por semana, enquanto 26% declararam não realizar essa atividade.

## **5. AVALIAÇÃO DAS EQUIPES QUANTO À ATENÇÃO INTEGRAL PRESTADA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Foi apresentado aos médicos e enfermeiros um conjunto de ações para que avaliassem o desempenho da ESF quanto à atenção integral prestada à população.

A maioria (82%) dos médicos considerara muito satisfatório e satisfatório a capacidade da equipe de saúde da família em conhecer os principais problemas de saúde da população, enquanto um percentual de 67% fez a mesma avaliação quanto à capacidade de intervir positivamente no enfrentamento desses problemas.

O desempenho da equipe foi considerado muito satisfatório e satisfatório para as seguintes ações: acolhimento das demandas (82%), estabelecimento de vínculos com a população da área (85%), acompanhamento dos grupos prioritários (75%), distribuição regular de medicamentos a grupos prioritários (87%), resolução de até 80% ou mais de casos atendidos por sua equipe (85%) e realização de atividades preventivas individuais (77%); em menor proporção: garantia do acesso ao atendimento básico a toda população cadastrada (59%).

Contudo, a avaliação quanto à garantia de atendimento em serviços especializados e garantia de internação foram as questões mais assinaladas pelos entrevistados como insatisfatória e muito insatisfatória.



Ainda que mais da metade dos médicos tenha considerado muito satisfatório e satisfatório o retorno do paciente para atendimento pela equipe de saúde da família, após encaminhamento ao especialista, 44% dos entrevistados julgaram esse tipo de serviço como insatisfatório e muito insatisfatório.

**Tabela 33 – C13 Desempenho da equipe quanto à atenção integral prestada à população segundo Médicos, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Serviços/Atividades	Muito satisfatório		Satisfatório		Insatisfatório		Muito Insatisfatório		Não sabe		NR		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Capacidade de conhecer os principais problemas de saúde da população	12	19,7	38	62,3	9	14,8	1	1,6	-	-	1	1,6	61	100,0
b) Capacidade de intervir positivamente no enfrentamento dos problemas de saúde	6	9,8	35	57,4	17	27,9	1	1,6	1	1,6	1	1,6	61	100,0
c) Garantir o acesso ao atendimento básico a toda população cadastrada	9	14,8	27	44,3	18	29,5	6	9,8	-	-	1	1,6	61	100,0
d) Encaminhar para outros níveis de atenção, quando necessário	2	3,3	12	19,7	32	52,5	14	23,0	-	-	1	1,6	61	100,0
e) Garantir internação	-	-	5	8,2	26	42,6	27	44,3	2	3,3	1	1,6	61	100,0
f) Garantir atendimento em serviços especializados	-	-	2	3,3	32	52,5	26	42,6	-	-	1	1,6	61	100,0
g) Garantir realização de exames necessários	-	-	12	19,7	38	62,3	10	16,4	-	-	1	1,6	61	100,0
h) Não existência de fila na porta da unidade do PSF	12	19,7	32	52,5	11	18,0	4	6,6	1	1,6	1	1,6	61	100,0
i) Acolhimento das demandas	6	9,8	44	72,1	9	14,8	1	1,6	-	-	1	1,6	61	100,0
j) Estabelecimento de vínculos com a população da área	17	27,9	35	57,4	8	13,1	-	-	-	-	1	1,6	61	100,0
k) Retorno do paciente para atendimento pela equipe de saúde da família, após encaminhamento ao especialista	2	3,3	30	49,2	16	26,2	11	18,0	1	1,6	1	1,6	61	100,0
l) Acompanhamento dos grupos prioritários	6	9,8	40	65,6	12	19,7	1	1,6	1	1,6	1	1,6	61	100,0
m) Distribuição regular de medicamentos a grupos prioritários	11	18,0	42	68,9	7	11,5	-	-	-	-	1	1,6	61	100,0
n) Resolução de 80% ou mais de casos atendidos pela sua equipe de saúde da família	19	31,1	33	54,1	8	13,1	-	-	-	-	1	1,6	61	100,0
o) Capacidade de realizar ações educativas	2	3,3	30	49,2	26	42,6	2	3,3	-	-	1	1,6	61	100,0

Serviços/Atividades	Muito satisfatório		Satisfatório		Insatisfatório		Muito Insatisfatório		Não sabe		NR		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	p) Realização de atividades preventivas individuais	6	9,8	41	67,2	11	18,0	-	-	2	3,3	1	1,6	61

Observação: n = 61 médicos.

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

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 à capacidade de conhecer os principais problemas de saúde da população (85%) e incidir sobre os problemas de saúde (81%).

A avaliação dos enfermeiros foi positiva quanto às ações voltadas à garantia do acesso ao atendimento básico a toda população cadastrada (70%), acolhimento de demandas (76%) e garantia de atendimento básico (69%).

Entretanto, uma proporção elevada dos entrevistados considerou insatisfatória e muito insatisfatória as ações relativas à capacidade de garantir internação (67%), assegurar atendimento em serviços especializados (77%) e encaminhar para outros níveis de atenção (89%).

**Tabela 34 – C13 Desempenho da equipe quanto à atenção integral prestada à população segundo Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Serviços/ atividades	Muito satisfatório		Satisfatório		Insatisfatório		Muito Insatisfatório		Não sabe		NR		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	a) Capacidade de conhecer os principais problemas de saúde da população	19	27,1%	46	65,7%	5	7,1%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	70
b) Capacidade de intervir positivamente no enfrentamento dos problemas de saúde	8	11,4%	49	70,0%	13	18,6%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	70	100,0%
c) Garantir acesso ao atendimento básico a toda população cadastrada	11	15,7%	38	54,3%	18	25,7%	3	4,3%	0	,0%	0	,0%	70	100,0%
d) Encaminhar para outros níveis de atenção, quando necessário	6	8,6%	27	38,6%	31	44,3%	6	8,6%	0	,0%	0	,0%	70	100,0%
e) Garantir internação	2	2,9%	14	20,0%	31	44,3%	16	22,9%	7	10,0%	0	,0%	70	100,0%
f) Garantir atendimento em serviços especializados	1	1,4%	14	20,0%	45	64,3%	9	12,9%	1	1,4%	0	,0%	70	100,0%
g) Garantir realização de exames necessários	4	5,7%	30	42,9%	31	44,3%	5	7,1%	0	,0%	0	,0%	70	100,0%

h) Não existência de fila na porta da unidade do PSF	12	17,1%	23	32,9%	25	35,7%	8	11,4%	0	,0%	2	2,9%	70	100,0%
i) Acolhimento das demandas	16	22,9%	37	52,9%	16	22,9%	1	1,4%	0	,0%	0	,0%	70	100,0%
j) Estabelecimento de vínculos com a população da área	23	32,9%	43	61,4%	4	5,7%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	70	100,0%
l) Acompanhamento dos grupos prioritários	9	12,9%	54	77,1%	7	10,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	70	100,0%
m) Distribuição regular de medicamentos a grupos prioritários	17	24,3%	43	61,4%	9	12,9%	0	,0%	1	1,4%	0	,0%	70	100,0%
n) Resolução de 80% ou mais de casos atendidos pela sua equipe de saúde da família	13	18,6%	41	58,6%	13	18,6%	0	,0%	3	4,3%	0	,0%	70	100,0%
o) Capacidade de realizar ações educativas	11	15,7%	42	60,0%	16	22,9%	1	1,4%	0	,0%	0	,0%	70	100,0%
q) Realização de atividades preventivas individuais	5	7,1%	58	82,9%	7	10,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	70	100,0%

Observação: n = 70 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 de enfermeiros quanto ao desempenho da equipe referem-se à: capacidade de conhecer os principais problemas de saúde da população (91%), resolução de 80% ou mais de casos atendidos pela sua equipe de saúde da família (81%), estabelecimento de vínculos com a população da área (81%), distribuição regular de medicamentos a grupos prioritários (86%), acompanhamento dos grupos prioritários (83%) e garantia do acesso ao atendimento básico a toda população cadastrada (65%).

Os itens que receberam maiores percentuais de avaliação insatisfatória e muito insatisfatória vinculam-se à capacidade de encaminhar para outros níveis de atenção (63%), à garantia de internação (76%) e à garantia de atendimento especializado (86%).

**Tabela 35 – C13 Desempenho da equipe quanto à atenção integral prestada à população segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 – Total**

Serviços/Atividades	Muito satisfatório		Satisfatório		Insatisfatório		Muito Insatisfatório		Não sabe		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Capacidade de conhecer os principais problemas de saúde da população	31	23,7	84	64,1	14	10,7	1	0,8	0	0,0	1	0,8	131	100,0
b) Capacidade de intervir positivamente no enfrentamento dos problemas de saúde	14	10,7	84	64,1	30	22,9	1	0,8	1	0,8	1	0,8	131	100,0
c) Garantir o acesso ao atendimento básico a toda população cadastrada	20	15,3	65	49,6	36	27,5	9	6,9	0	0,0	1	0,8	131	100,0
d) Encaminhar para outros níveis de atenção, quando necessário	8	6,1	39	29,8	63	48,1	20	15,3	0	0,0	1	0,8	131	100,0
e) Garantir internação	2	1,5	19	14,5	57	43,5	43	32,8	9	6,9	1	0,8	131	100,0
f) Garantir atendimento em serviços especializados	1	0,8	16	12,2	77	58,8	35	26,7	1	0,8	1	0,8	131	100,0
g) Garantir realização de exames necessários	4	3,1	42	32,1	69	52,7	15	11,5	0	0,0	1	0,8	131	100,0
h) Não existência de fila na porta da unidade do PSF	24	18,3	55	42,0	36	27,5	12	9,2	1	0,8	3	2,3	131	100,0
i) Acolhimento das demandas	22	16,8	81	61,8	25	19,1	2	1,5	0	0,0	1	0,8	131	100,0
j) Estabelecimento de vínculos com a população da área	40	30,5	78	59,5	12	9,2	0	0,0	0	0,0	1	0,8	131	100,0
k) Retorno do paciente para atendimento pela equipe de saúde da família, após encaminhamento ao especialista	7	5,3	64	48,9	42	32,1	15	11,5	2	1,5	1	0,8	131	100,0
l) Acompanhamento dos grupos prioritários	15	11,5	94	71,8	19	14,5	1	0,8	1	0,8	1	0,8	131	100,0
m) Distribuição regular de medicamentos a grupos prioritários	28	21,4	85	64,9	16	12,2	0	0,0	1	0,8	1	0,8	131	100,0
n) Resolução de 80% ou mais de casos atendidos pela sua equipe de saúde da família	32	24,4	74	56,5	21	16,0	0	0,0	3	2,3	1	0,8	131	100,0

Serviços/Atividades	Muito satisfatório		Satisfatório		Insatisfatório		Muito Insatisfatório		Não sabe		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
o) Capacidade de realizar ações educativas	13	9,9	72	55,0	42	32,1	3	2,3	0	0,0	1	0,8	131	100,0
p) Realização de atividades preventivas individuais	11	8,4	99	75,6	18	13,7	0	0,0	2	1,5	1	0,8	131	100,0

Observação: n = 61 médicos e n = 70 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, 47% das famílias atendidas pela equipe de saúde da família relataram receber apenas alguns medicamentos e 35%, todos os medicamentos quando atendidas pela ESF. Cerca de 14% afirmaram que nunca precisaram solicitar medicamento na unidade de saúde.

A distribuição regular de medicamentos para grupos prioritários foi considerada muito satisfatória e satisfatória na avaliação de 41% dos médicos e dos enfermeiros das ESFs (C13m). Contudo, 54% não responderam sobre o desempenho da equipe nessa ação.

**Tabela 36 – E30 Acesso a medicamentos em atendimento realizado pela Equipe de Saúde da Família segundo famílias cadastradas, Florianópolis (SC), 2008**

Acesso a medicamentos	n	%
Recebem todos os medicamentos	162	34,5
Recebem apenas alguns medicamentos	221	47,1
Não recebem medicamento algum	17	3,6
Nunca necessitou pedir medicamento	65	13,9
Não respondeu	4	0,9
Total	469	100,0

Observação: n = 469 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 Florianópolis, as ações dos programas de saúde pública/coletiva estão em processo de descentralização para as unidades de atenção primária desde o ano de 2005. A Vigilância Epidemiológica, os programas de tuberculose e de hanseníase, bem como de controle de

doenças infecciosas, como meningite e hepatites, estavam sob gestão estadual até aquele ano, conforme relato do coordenador de atenção básica.

Para a coordenadora da vigilância epidemiológica, *“tudo é um processo em amadurecimento. Algumas coisas ainda podem melhorar, mas já estão acontecendo”*. Neste sentido, houve compreensão, na SMS, de que seria preciso fortalecer a atenção com base nos ciclos de vida e não nas ações programáticas. Dentro desta lógica, foi criado o Capital Família, que tem como objetivo integrar três linhas estratégicas de cuidado: o Capital Criança e Adolescente, o Capital Adulto e o Capital Idoso. Além disso, áreas como Saúde Mental, Saúde Bucal, Doenças Transmissíveis e Doenças e Agravos Não-Transmissíveis, que anteriormente estavam na Vigilância em Saúde, agora fazem parte da atenção básica, contemplando ações que perpassam todos os ciclos de vida.

O coordenador de atenção básica relata *“Historicamente há distanciamento entre a Atenção e a Vigilância em Saúde em todos os níveis de governo. Hoje, no município, buscamos o fortalecimento dessas ações que sempre estiveram presentes na Estratégia Saúde da Família”*. Neste sentido, os protocolos dos programas estão sendo remodelados a fim de direcioná-los à atenção básica, definindo-se o que é a porta de entrada e o que são os serviços de referência. Sob gestão municipal, não havia nenhuma unidade de referência para absorver estes casos.

Neste sentido, os centros de saúde estão sendo gradativamente preparados tanto no que se refere às capacitações como em termos de infraestrutura física, para assumir as ações de assistência e vigilância. Outra etapa da descentralização relaciona-se ao monitoramento dos dados epidemiológicos pelas UBSs. A análise dos indicadores realizada pela Vigilância está sendo organizada em planilhas por centro de saúde, para facilitar o acompanhamento pela equipe e a realização do diagnóstico da comunidade.

Com a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão no ano de 2007, o município começou a estruturar melhor a rede de atenção especializada. A coordenadora da vigilância epidemiológica avalia que se optou, em um primeiro momento, por fortalecer os serviços de referência para depois iniciar o processo de descentralização das ações, o que, às vezes, gera ansiedade nos profissionais da atenção básica.

O processo de descentralização dos programas vem acontecendo de forma diferenciada entre doenças transmissíveis e não-transmissíveis. Parte dos agravos transmissíveis estava estruturada sob a forma de programas e agora precisam se readaptar à lógica da Estratégia

Saúde da Família. No caso dos não-transmissíveis, as ações já eram desenvolvidas pelas equipes há mais tempo, o que exige reestruturação para que a vigilância possa dar o respaldo necessário. Ainda assim, ressalta a coordenadora de vigilância epidemiológica, as ações estão mais focadas na atenção do que na vigilância.

No momento, a assistência aos portadores de HIV e de hepatite é efetuada em unidades de referência, embora o diagnóstico e a entrada no sistema se dê pelas UBSs. O objetivo é que todo este processo passe gradualmente para a atenção primária. No caso da tuberculose, conforme mencionado, todo tratamento era realizado pelo Centro de Referência Estadual até 2005. Em 2006, Florianópolis assumiu o programa de TB e criou serviços de referência, os quais, na verdade, eram unidades de saúde da família que não trabalhavam com população adscrita. Essas equipes acabaram absorvendo a demanda das regionais e centralizaram o atendimento. Desde 2007, a atenção em tuberculose foi gradativamente inserida na rotina de quase todos os centros de saúde.

Já a incidência de hanseníase no município é bastante baixa, mas foi iniciado o processo de capacitação de profissionais das equipes de saúde da família com o objetivo de que o programa possa ser descentralizado. No caso das imunizações, todos os centros de saúde realizam vacinação, ao passo que os ACS fazem busca ativa das famílias com cartão de vacinação incompleto. No momento da pesquisa, o serviço de referência para hanseníase ainda funcionava no hospital universitário.

Na opinião da coordenadora de vigilância epidemiológica, a articulação entre vigilância e saúde da família é um movimento que está caminhando em relação a todos os agravos, mas com velocidades determinadas pela frequência com que ocorrem.

A integração da Estratégia Saúde da Família com as ações programáticas referentes aos grupos populacionais funciona de acordo com a lógica das gerências da SMS. Existem gerências responsáveis pela saúde da mulher, da criança e do idoso que definem as políticas de atenção para estes grupos. Com base nestas definições são desencadeados os processos de integração. Por exemplo, o protocolo de saúde da mulher, que faz parte do Capital Adulto, foi discutido em conjunto com a vigilância em saúde, uma vez que envolve questões de DST/AIDS e da qualidade da assistência ao pré-natal, o que já seria uma forma de integração. Para o desenvolvimento do protocolo de atenção à saúde do idoso aconteceu o mesmo processo, buscando articular ações de vigilância, como a campanha de vacinação.

Com o capital-família pretende-se que as ações não sejam mais vistas sob a lógica programática distribuída em subgrupos: “... *não pode haver um grupo cuidando apenas da criança ou do adulto. Na verdade queremos absorver isso na estrutura familiar, respeitando-se as especificidades de cada fase da vida*”, destacou a coordenadora de vigilância epidemiológica.

O processo de integração das doenças de transmissão vetorial e zoonoses encontra-se em evolução. Como exemplo tem-se o controle da dengue realizado pelos agentes de endemias. Para integrar as equipes de saúde da família às ações de combate à dengue, estão sendo efetuadas capacitações para que os ACSs assumam o monitoramento e a mobilização contínua da comunidade. Inicialmente havia resistências para que os ACSs e a equipe assumissem essas funções, situação que vem se transformando. No caso da leptospirose e leishmaniose, o município apresenta poucos casos, os quais são identificados frequentemente pela vigilância ambiental, que combate os focos. Ainda assim, as equipes de saúde da família já estão sendo envolvidas nas ações de identificação dos casos.

Os agentes de endemias trabalham por regional e não estão localizados nos centros de saúde. Têm responsabilidades administrativas e estão lotados na Vigilância Epidemiológica, que desencadeia as ações de campo e os coordena. O coordenador de atenção básica relata que as atividades desses agentes e das equipes de saúde da família ainda não estão totalmente integradas, embora se busque maior aproximação.

As atividades de educação em saúde desenvolvidas por agentes de endemias e saúde da família também carecem de maior integração. Quando surgem questões que envolvem doenças transmissíveis, é comum que a própria comunidade acione diretamente a vigilância, ou, ao mesmo tempo, a vigilância e a atenção básica, por vezes tendo-se a presença das duas equipes no mesmo espaço. Ainda assim, um dos membros do Grupo Gestor relata que a Vigilância vem participando das capacitações oferecidas às equipes de saúde da família, em especial nos casos de agravos pouco prevalentes, como, por exemplo, nos de leishmaniose identificados na regional Norte do município.

A investigação de agravos também está em processo de descentralização para as equipes de saúde da família. A coordenadora de vigilância epidemiológica comenta que, aos poucos, a atenção básica está assumindo a investigação de agravos, principalmente em relação às doenças crônicas. Outros agravos que requerem ação mais imediata são acompanhados pela equipe de vigilância presente nas regionais, embora, muitas vezes, a identificação e a notificação sejam desencadeadas pelos profissionais da saúde da família.



A sobrecarga de trabalho das equipes também dificulta o deslocamento para a investigação dos casos.

Os indicadores epidemiológicos são disponibilizados ao grupo gestor e a outros setores da SMS regularmente pela Vigilância em Saúde. Na avaliação da coordenadora da vigilância epidemiológica, os dados são utilizados com mais frequência para análise de questões pontuais, como cobertura de campanhas de vacinação. Relatou que um espelho dos dados de cada UBS é passado para as regionais, mas que, na maioria das vezes, não são discutidos pelas equipes. Um membro do grupo gestor destacou que um boletim epidemiológico mensal disponibiliza informações de saúde no *site* da SMS e por meio impresso para as unidades e regionais de saúde. Ressaltou também que embora o município tenha alcançado cobertura significativa pela Estratégia Saúde da Família, o entendimento ainda é bastante heterogêneo, o que se reflete, por exemplo, na importância atribuída à utilização dos dados epidemiológicos para a avaliação.

Uma das dificuldades para integrar vigilância e atenção básica estaria na rotatividade dos profissionais que ainda são contratados. Um membro do grupo gestor comentou que há necessidade constante de capacitações em razão da saída dos profissionais. Avaliou que os fluxos serão melhor estabelecidos a partir da plena implantação dos protocolos.

Existem reuniões regulares entre Gabinete e demais gerências da SMS, chamadas reuniões de colegiado, embora, maior integração aconteça diretamente entre a Vigilância e as regionais, relata a coordenadora da vigilância epidemiológica. A entrevistada afirma que a SMS está vivendo um processo de fortalecimento tanto da Vigilância quanto do Grupo Gestor. Avalia que maior integração entre as duas coordenações será decorrência do amadurecimento das duas estruturas. Na medida em que as estruturas instituídas pelo recente organograma da SMS forem sendo consolidadas, melhores serão as possibilidades de integração.

## **8. DESAFIOS PARA MELHORAR A INTEGRAÇÃO DA ESTRATÉGIA SF À REDE DE SERVIÇOS**

Em Florianópolis a criação de estruturas de regulação da atenção especializada é recente, tendo sido impulsionada pela expansão de cobertura pela ESF e pela adesão ao Pacto pela Saúde, com assinatura do Termo de Compromisso de Gestão no ano de 2007, que determinou responsabilidades pela média complexidade. Anteriormente, a SMS era

responsável apenas pela gestão da atenção básica, sendo a experiência de regulação restrita à organização de mutirões para realização de cirurgias eletivas.

Esforços para integrar a Estratégia Saúde da Família à rede de serviços e ampliar o acesso à atenção especializada têm sido empreendidos por gestores e gerentes da SMS. Contudo, só agora começam a se aproximar dos processos de trabalho das equipes de saúde da família e do cuidado prestado aos usuários. 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, agravado pela falta de integração entre prestadores municipais e estaduais.

Entre as principais estratégias para integração da atenção básica à rede de serviços identificada pelos gestores destacam-se investimentos em tecnologias de informação com a implantação do SISREG e de prontuários eletrônicos nas unidades básicas e especializadas. A criação de serviços próprios municipais representou um dos principais esforços empreendidos pelos gestores locais para aumentar o acesso a consultas e a exames especializados. O apoio matricial e a implantação de equipes de NASF também foram considerados mecanismos importantes para qualificação da atenção básica e de integração com a atenção especializada, com potencialidades para superar, além da histórica fragmentação na organização dos sistemas de saúde, a distância entre profissionais dos dois níveis assistenciais.

Além das iniciativas mencionadas acima, a SMS vem desenvolvendo outras ações para integrar a Estratégia SF à rede de serviços. No momento da pesquisa estava sendo organizado o processo para Chamamento Público com o objetivo de contratar prestadores de serviços especializados não disponíveis na rede própria e mais compatíveis com as necessidades locais, o que não era possível quando a rede de prestadores privados era contratada pelo estado.

Foi apresentado aos médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e ACSs um conjunto de afirmações referentes à integração da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial para avaliação dos profissionais. Na percepção de 58% dos auxiliares/técnicos de enfermagem e de 73% dos ACSs, o PSF garante atendimento em outros serviços, quando necessário. Essa proporção é menor entre médicos e enfermeiros. Apenas metade dos enfermeiros e 30% dos médicos consideram que o PSF garante o atendimento em outros serviços, quando necessário.

As avaliações mais positivas, de 85% dos médicos e de 84% dos enfermeiros, informaram que o PSF fornece medicamentos da farmácia básica suficientemente.

Os exames laboratoriais, quando necessários, são realizados através do PSF segundo 36% dos médicos e 57% dos enfermeiros. Um percentual maior pode ser observado entre os ACS: 74% concordaram que o PSF garante a realização de exames. Todavia, apenas 10% dos médicos e 33% dos enfermeiros concordam que a ESF consegue garantir internação hospitalar, quando necessária.

Quanto à retaguarda de um sistema de referência, 39% dos enfermeiros e 20% dos médicos afirmam que as ESFs contam com sistema de referência e de contrarreferência que permite ampliar a resolutividade da rede básica.

**Tabela 37 – D1 Avaliação dos profissionais da ESF quanto à integração da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial, Florianópolis, 2008**

Posição / Integração	Médico Concorda muito / Concorda		Enfermeiro Concorda muito / Concorda		Auxiliares de Enfermagem Concorda muito / Concorda		ACS Concorda muito / Concorda em parte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
o) O PSF garante o atendimento em outros serviços, quando necessários	18	29,5	35	50,0	42	58,3	102	72,9
p) O PSF garante a realização de exames, quando necessários	22	36,1	40	57,2	41	56,9	104	74,3
q) O PSF garante a internação, quando necessária	6	9,8	23	32,9	23	32,0	78	55,7
r) O PSF fornece medicamentos da farmácia básica suficientemente	52	85,2	59	84,3	52	72,2	110	78,6
v) A sua equipe de saúde da família conta com sistema de referência e de contrarreferência que permite ampliar a resolutividade da rede básica	12	19,6	27	38,6	-	-	-	-

Observação: n = 61 médicos; n = 70 enfermeiros, n = 140 ACS, n = 72 aux/técnicos de enfermagem.

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

A maioria (92%) dos médicos e dos enfermeiros identifica a existência de listas de espera que impedem o acesso adequado ao cuidado especializado, a hospitais etc. como o principal problema para a integração da rede de serviços.

Cerca de 55% dos médicos e dos enfermeiros informaram problemas na relação entre a USF e a atenção especializada do setor de cuidados ambulatoriais. A interface entre serviços com maiores problemas está na relação com os hospitais: 57% desses profissionais destacaram a existência de problemas na relação entre a USF e a atenção especializada nos hospitais.

**Tabela 38 – D21 Principais problemas para a integração da rede de serviços segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Problema	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
a) Problemas que ocorrem na relação entre ao USF e a atenção especializada no setor de cuidados ambulatoriais	37	60,7	35	50,0	72	55,0
b) Problemas que ocorrem na relação entre ao USF e a atenção especializada nos hospitais;	37	60,7	37	52,9	74	56,5
c) Problemas ocorrem na relação entre USF e emergência;	24	39,3	28	40,0	52	39,7
d) Problemas ocorrem por causa das listas de espera que impedem o acesso adequado ao cuidado especializado, hospitais, etc.	56	91,8	64	91,4	120	91,6
e) Outros*	4	6,6	2	2,9	6	4,6

Observação: n = 61 médicos e n = 70 enfermeiros.

\*Outros: cooperação parcial da coordenação regional; falha da equidade - privilégio por motivos pessoais / políticos; falta contrarreferência da maioria dos especialistas; interferência política nas atividades; não sabe informar; não se consegue resolutividade nas especialidades.

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

Foi interessante observar que, segundo os gestores entrevistados, *a priori* não foram planejadas estratégias para integrar a Saúde da Família à rede de serviços. Contudo, a ampliação da atenção básica gerou a necessidade de criar mecanismos de integração e de regulação: “*Estamos em processo de transição e construção*”. (membro da equipe da coordenação de regulação).

O próprio setor de regulação da SMS foi criado em função da expansão e da ampliação de cobertura da atenção básica e fortalecido pela assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, o que reafirma seu caráter de porta de entrada preferencial e o papel indutor de mudanças no modelo assistencial. Gestores e gerentes apontaram também que a Estratégia Saúde da Família caminha bem em Florianópolis, principalmente no que se refere às ações preventivas, ainda que enfrente dificuldades para trabalhar as ações programáticas em função do tempo despendido no atendimento à demanda espontânea.

Este problema é agravado pela busca de serviços por pessoas de outras cidades, que, muitas vezes, se hospedam em casas de conhecidos ou parentes para utilizar os serviços de saúde da capital. Os entrevistados estimam que 50% da população troca o local de residência de seis em seis meses, o que dificulta o trabalho de cadastro realizado pelo ACS.

A coordenadora de controle, avaliação e auditoria considera que ainda não é possível avaliar a experiência de integração da Estratégia SF à rede de serviços, pois este processo é recente, embora já apresente resultados positivos. Destacou a necessidade de investir de forma sistemática na educação permanente e no planejamento local: “... *precisamos que a ESF comece a apontar in loco sua realidade e suas necessidades. Esse é o principal indicador, que vai integrar definitivamente a Estratégia SF ao restante da atenção. Enquanto a secretaria disser quantas cotas a unidade precisa ter, não atenderá sua*

*realidade. Só conseguiremos ter um sistema de saúde de acordo com aquilo para o qual foi concebido a partir do momento em que a unidade de saúde, por meio dos Conselhos Locais, das ESF e das lideranças comunitárias, conseguir realizar o diagnóstico local e enxergar efetivamente a população existente.”*

Por fim, embora ainda incipiente, o processo de integração da Estratégia Saúde da Família parece avançar mais no que se refere à atenção especializada. O coordenador de atenção básica afirma que o município está caminhando na organização destes fluxos: *“Na média (complexidade) estamos conseguindo ver o funcionamento desse fluxo. As policlínicas não são portas de entrada e sim serviços de referência dos centros de saúde de atenção primária. Isso tem funcionado, não há quebra dessa hierarquia”*. Avalia, contudo, que o nó crítico é a falta de fluxo estabelecido para os serviços de urgência e para a rede hospitalar sob gestão estadual *“Quando é preciso encaminhar um paciente para internação, não há fluxo estabelecido. Superar essa dificuldade certamente qualificaria e integraria melhor a rede. Nosso gargalo ainda é a atenção hospitalar e a alta complexidade”*.

## **XI. COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS**

A literatura internacional tem enfatizado a necessidade de incentivar 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 dos 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 Europeia (UE) 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 percepções dos gestores e 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**

A coordenação se realiza no cuidado individual exercido pelos profissionais de saúde no processo de atenção que articula 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.

Autores como Starfield (2002), Watson (2004) e Feo et al. (2006) sinalizam que a coordenação dos cuidados supõe mudanças na organização e na gestão dos serviços de saúde, o que envolve a garantia de acesso, a integração dos diferentes níveis de assistência do sistema de serviços de saúde e a segurança da continuidade da atenção.

Em Florianópolis, gestores e gerentes referiram que o tema da coordenação dos cuidados tem sido incorporado no debate sobre a política municipal de saúde nos anos recentes. Para o secretário municipal de saúde, a preocupação com o tema advém do reconhecimento de que a implantação da Estratégia Saúde da Família não é suficiente para provocar mudanças na lógica de organização dos serviços e garantir a atenção integral. Seria preciso discutir permanentemente com as equipes seu processo de trabalho e as ações desenvolvidas. Isso constitui um desafio para o município, sobretudo com a inserção de novos profissionais em decorrência da substituição dos recursos humanos contratados por aqueles aprovados em concurso público.

Na opinião do coordenador da atenção básica, a implantação da Estratégia Saúde da Família impulsionou o debate sobre a coordenação dos cuidados pelo conjunto do sistema local de saúde, inclusive com a incorporação de conceitos e termos próprios da atenção primária em saúde: *“Com essa evolução da Estratégia Saúde da Família, percebemos que algumas palavras normalmente utilizadas pelos técnicos passaram a ser usadas também pelos gestores”*.

A coordenadora de vigilância epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) aponta que o tema da coordenação dos cuidados tem estado mais presente no plano discursivo do que na realidade concreta. Isso porque a perspectiva de mudanças na organização do sistema esbarraria – em todo o país e não só em Florianópolis – na persistência da lógica assistencial hospitalocêntrica e super especializada que predominou historicamente no Brasil.

A avaliação de que a coordenação dos cuidados tem sido preocupação frequente na gestão municipal da saúde, mas pouco repercutiu em ações concretas, é, em certa medida, compartilhada pelo representante do Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (COREN-SC). O entrevistado avalia que a coordenação dos cuidados exige a definição e o conhecimento, por parte dos profissionais, das ações desenvolvidas por cada serviço que compõe a rede de saúde como elemento do processo de integração entre os diferentes níveis de atenção, o que, em sua opinião, ainda não foi alcançado.

Já o representante do Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina (CRM-SC) destacou que o bom funcionamento do sistema municipal de saúde passa pela integração entre os serviços, com a definição das responsabilidades de cada um, não importando a quem cabe a coordenação do cuidado.

As opiniões dos entrevistados sobre os grupos populacionais mais afetados pela coordenação dos cuidados – a partir de uma listagem que lhes foi apresentada – foram diversas. Para o secretário municipal de saúde, os grupos seriam os das crianças, dos idosos, dos portadores de doenças crônicas e, também, das mulheres, uma vez que demandam atenção contínua e trabalho preventivo, com monitoramento das ações desenvolvidas.

Para o coordenador da atenção básica, as crianças e os idosos seriam os grupos mais afetados, enquanto a coordenadora da vigilância epidemiológica destacou os portadores de doenças crônicas, que enfrentam grandes dificuldades de acessar o sistema, e os pacientes

com doenças graves, pois considera que os demais grupos populacionais têm sido tradicionalmente alvo de programas de saúde. O representante do COREN, por sua vez, considera que todos os grupos populacionais seriam afetados pela coordenação do cuidado, pois julga que o município não tem conseguido responder, de forma satisfatória, à questão do acesso e à resolutividade do sistema.

Apresentou-se ao gestor municipal um conjunto de assertivas relacionadas a possíveis impactos provocados pela adoção de estratégias de coordenação dos cuidados na gestão do sistema municipal de saúde. Para ele, a adoção dessas estratégias tem efeitos positivos em termos de redução do número de hospitalizações pela escolha de ações mais adequadas e de menor custo e pela melhoria do acompanhamento no uso de medicamentos e do autocuidado, além de aperfeiçoar o fluxo de informações entre os níveis do sistema.

Na percepção do entrevistado, a coordenação dos cuidados inclina-se a gerar, em curto prazo, o aumento da demanda para a média complexidade, mas esse processo tende a diminuir com o tempo, reduzindo os custos do sistema e aumentando sua eficiência e resolutividade: *“Se tivermos maior cobertura da assistência básica, eventualmente haverá crescimento da demanda na média complexidade. Mas se medirmos a eficácia e a eficiência de uma assistência básica correta e aplicada, haverá a diminuição do requerimento à média complexidade, especialmente com o desenvolvimento de estratégias, como o matriciamento, as linhas de cuidado, etc”*.

Entre as estratégias adotadas pelo município para a coordenação do cuidado, o secretário de saúde destacou a opção da gestão municipal de integrar a Estratégia Saúde da Família às ações de média e alta complexidade.

O coordenador de atenção básica no município ressaltou outra estratégia: a implantação e a organização da atenção à saúde que busca, com base nos ciclos de vida, integrar o conjunto de ações e serviços prestados pelo setor saúde, o *capital-família*. Criado por decreto municipal, conta com três programas estratégicos: o *capital-criança*, o *capital-adulto* e o *capital-idoso*, além de quatro programas estratégicos que perpassam todas as etapas dos ciclos de vida: saúde mental, saúde bucal, atenção às doenças transmissíveis e às doenças e agravos não-transmissíveis.

O município de Florianópolis adota a estratégia de “linhas de cuidado”, voltadas principalmente para a saúde da criança, mas as linhas de cuidado para a saúde da mulher e do idoso se encontram em fase de implantação, informou o coordenador de atenção básica.



Em 2007, o município constituiu grupos de trabalho em diversas áreas de atuação da saúde, tais como tuberculose, hanseníase e hepatites. O coordenador de atenção básica disse que esses grupos ficaram encarregados de elaborar protocolos de atuação do município para essas áreas, os quais se encontram em fase final de edição. O processo de elaboração dos protocolos envolveu, segundo ele, profissionais de diversas áreas, para obter a visão mais abrangente possível de cada uma das linhas de cuidado. Até a conclusão desse processo, o município tem feito uso dos protocolos do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde (SES). Contou também com a cooperação da universidade e, no caso da saúde dos idosos, com a participação da Sociedade Catarinense de Geriatria.

O representante do COREN-SC informou que o Conselho foi convidado pela SMS a participar de reuniões de elaboração dos protocolos e forneceu informações técnicas demandadas pela Secretaria.

A coordenadora de vigilância epidemiológica informou que os protocolos existentes no município estão sendo revistos em função da mudança na condição de gestão municipal. Antes restritos às intervenções da atenção básica, os protocolos atuais buscam incorporar a integralidade do sistema local de saúde: *“Os protocolos acabaram sofrendo algum impacto devido à mudança na forma de gestão do município. Estávamos construindo protocolos para a atenção básica, mas resolveu-se construir protocolos voltados para a atenção plena. É claro que é muito melhor. Mas, devido a isso, tivemos que nos readaptar”*.

Os profissionais de saúde recebem capacitação para uso dos protocolos. Essa capacitação ocorreu, de acordo com o coordenador da atenção básica, já no próprio processo de elaboração dos protocolos, uma vez que os profissionais participaram e fizeram propostas de mudanças. Está prevista nova capacitação após a aprovação da versão final, com o objetivo central de discutir o fluxo dos usuários na rede de serviços. Como afirma esse gerente: *“(...) para a construção dos protocolos foram formados monitores de PSF. As pessoas que elaboraram os protocolos os orientaram. Os monitores discutiram os protocolos com toda a rede. Então, havia grupos de pessoas das unidades, como médicos, técnicos de enfermagem, dentistas. Todos discutiam os protocolos. Nessas discussões ocorreram mudanças nos protocolos preliminares. Agora, os protocolos finalizados estão indo para a rede. E se pensa em fazer nova capacitação para discutir os aspectos mais gerais e a questão do fluxo.”*

Outra ferramenta para a coordenação é a gestão de casos. O coordenador de atenção básica e a coordenadora de vigilância epidemiológica concordam que o município de

Florianópolis não conta com estratégias formalizadas no nível central para a gestão de casos. No entanto, o coordenador da atenção básica ressalta a lógica de matriciamento implantada na rede municipal, através da qual há incorporação da discussão de casos específicos. Dentro dessa lógica, todos os programas de saúde implantados no município contam com um profissional responsável pela supervisão do matriciamento nas unidades de saúde.

Chama a atenção o desconhecimento dos representantes do COREN e do CRM do estado a respeito das estratégias de coordenação dos cuidados que foram implantadas no município, o que pode ser indício da baixa incorporação da questão da coordenação dos cuidados na agenda política dessas entidades profissionais.

## **2. CONTINUIDADE INFORMACIONAL**

A disponibilidade e a transferência de informações entre os níveis assistenciais têm sido apontadas na literatura como elementos potenciais para a melhoria da coordenação dos cuidados (Watson et al., 2004; Hofmarcher et al., 2007). 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 pelas equipes de saúde da família (ESFs).

Uma importante ferramenta para a garantia da continuidade informacional é a implantação de prontuários eletrônicos nos diversos tipos de unidades de saúde, conectados em rede e com uso e acesso desde diferentes pontos do sistema. Florianópolis possuía, na data da pesquisa – junho de 2008 – prontuário informatizado em 36 das 48 unidades de atenção básica, o que correspondia, pelas informações do coordenador de atenção básica, a cerca de 300 mil prontuários, ou em torno de 80% da população municipal.

O prontuário eletrônico permite o acesso dos profissionais de saúde às informações do paciente em qualquer ponto do sistema de serviços, exceto na rede hospitalar, sob gestão estadual e com baixa articulação com o município. O coordenador de atenção básica destacou: *“Das 48 unidades, 36 estão informatizadas e têm o prontuário eletrônico. Em números de cadastros de pacientes, temos mais de 300 mil prontuários. (...) [Todavia] não há relação com os prontuários das emergências hospitalares. Perdemos a informação, pois não é o mesmo prontuário. Mas, no caso do paciente entrar em qualquer ponto na nossa rede própria dentro dessas 36 unidades informatizadas, é possível acessar o prontuário, ver o histórico desse usuário e inserir dados ali.”*

Quando perguntados a respeito da existência de normas para a transferência de informações sobre pacientes entre os níveis de atenção, 67% dos médicos das ESFs de Florianópolis informaram não haver. Entre os enfermeiros, quase a metade (49%) declarou não existirem tais normas, enquanto percentual próximo a esse (47%) afirmou haver essas normas.

**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, Florianópolis (SC), 2008**

Existência de normas	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	19	31,1	33	47,1	52	39,7
Não	41	67,2	34	48,6	75	57,3
Não respondeu	1	1,6	3	4,3	4	3,1
Total	61	100,0	70	100,0	131	100,0

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

Os profissionais de nível superior das ESFs de Florianópolis (médicos e enfermeiros) foram questionados sobre a frequência de algumas ações para a continuidade informacional e as estratégias de coordenação (tabelas D10).

Os profissionais de atenção básica fornecem informações escritas sempre e na maioria das vezes para entregar ao serviço referido, quando os pacientes são encaminhados a outros serviços, informou a maioria dos médicos (93%) e dos enfermeiros (90%).

No entanto, quando se trata de receber informações por escrito acerca dos resultados das consultas realizadas por especialistas, a avaliação dos profissionais de nível superior das ESFs foi negativa: 87% dos médicos e 81% dos enfermeiros entrevistados consideraram que poucas vezes ou nunca as recebem por escrito. Espera-se que tal situação se modifique com a implantação e o uso dos prontuários eletrônicos nas policlínicas.

Ambas as categorias profissionais entrevistadas avaliaram positivamente o agendamento da consulta de retorno para conhecimento do resultado de exames. Verificou-se que, para 72% dos médicos e 77% dos enfermeiros, sempre ou na maioria das vezes o agendamento é feito diretamente pela unidade.

Outra avaliação positiva refere-se à disponibilidade dos prontuários médicos para uso dos profissionais no exame do usuário. Na percepção da maioria (98%) dos médicos e dos enfermeiros das ESFs de Florianópolis, esses prontuários médicos estão sempre ou quase sempre disponíveis.

Para 75% dos médicos entrevistados, poucas vezes ou nunca os profissionais procuram a família a fim de discutir o problema de saúde do usuário. No entanto, esta é uma atividade desenvolvida por enfermeiros. Mais da metade dos enfermeiros (56%) relataram que sempre ou na maioria das vezes procuram a família para discutir o problema de saúde do usuário.

Não são realizadas auditoria nem supervisão periódica dos prontuários médicos para revisar a necessidade de referência aos outros níveis de atenção. Poucas vezes ou nunca há supervisão periódica para revisar encaminhamentos, segundo 82% e 60% de médicos e enfermeiros, respectivamente. De modo semelhante, cerca de metade dos profissionais (51%) declarou que não existe auditoria periódica dos prontuários médicos. Vale ressaltar também que 33% dos médicos e de 37% dos enfermeiros entrevistados não souberam informar se existe auditoria periódica.

**Tabela 2 – D10 Ações para continuidade informacional e estratégias de coordenação, segundo Médicos, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Ações e estratégias	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Não sabe		Não respondeu		Total	
	n	%	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	47	77,0	10	16,4	3	4,9	-	-	-	-	1	1,6	61	100,0
b) Os profissionais de atenção básica recebem informações escritas sobre os resultados das consultas referidas a especialistas	2	3,3	5	8,2	32	52,5	21	34,4	-	-	1	1,6	61	100,0
c) O agendamento da consulta de retorno do usuário para saber os resultados dos exames é feito diretamente pela unidade	27	44,3	17	27,9	4	6,6	8	13,1	4	6,6	1	1,6	61	100,0
d) O usuário é avisado sobre esse agendamento	30	49,2	16	26,2	2	3,3	7	11,5	3	4,9	3	4,9	61	100,0
e) Os profissionais procuram a família para discutir problema de saúde do usuário	1	1,6	12	19,7	44	72,1	2	3,3	-	-	2	3,3	61	100,0
f) Existe supervisão periódica para revisar a necessidade de referência aos outros níveis de atenção	1	1,6	7	11,5	22	36,1	28	45,9	2	3,3	1	1,6	61	100,0
g) Os prontuários médicos sempre estão disponíveis quando o profissional examina o usuário	37	60,7	22	36,1	1	1,6	-	-	-	-	1	1,6	61	100,0
h) Existe auditoria periódica dos prontuários médicos	1	1,6	-	-	4	6,6	35	57,4	20	32,8	1	1,6	61	100,0

n = 61 médicos.

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, Florianópolis (SC), 2008**

Ações e estratégias	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Não sabe		Não respondeu		Total	
	n	%	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	36	51,4	27	38,6	4	5,7	1	1,4	1	1,4	1	1,4	70	100,0
b) Os profissionais de atenção básica recebem informações escritas sobre os resultados das consultas referidas a especialistas	6	8,6	6	8,6	43	61,4	14	20,0	-	-	1	1,4	70	100,0
c) O agendamento da consulta de retorno do usuário para saber os resultados dos exames é feito diretamente pela unidade	27	38,6	27	38,6	5	7,1	9	12,9	1	1,4	1	1,4	70	100,0
d) O usuário é avisado sobre esse agendamento	49	70,0	13	18,6	-	-	4	5,7	2	2,9	2	2,9	70	100,0
e) Os profissionais procuram a família para discutir problema de saúde do usuário	11	15,7	28	40,0	25	35,7	4	5,7	-	-	2	2,9	70	100,0
f) Existe supervisão periódica para revisar a necessidade de referência aos outros níveis de atenção	5	7,1	13	18,6	27	38,6	15	21,4	8	11,4	2	2,9	70	100,0
g) Os prontuários médicos sempre estão disponíveis quando o profissional examina o usuário	58	82,9	11	15,7	-	-	-	-	-	-	1	1,4	70	100,0
h) Existe auditoria periódica dos prontuários médicos	-	-	2	2,9	9	12,9	32	45,7	26	37,1	1	1,4	70	100,0

n = 70 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 de Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 – TOTAL**

Ações e estratégias	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Não sabe		Não respondeu		Total	
	n	%	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	83	63,4	37	28,2	7	5,3	1	0,8	1	0,8	2	1,5	131	100,0
b) Os profissionais de atenção básica recebem informações escritas sobre os resultados das consultas referidas a especialistas	8	6,1	11	8,4	75	57,3	35	26,7	-	-	2	1,5	131	100,0
c) O agendamento da consulta de retorno do usuário para saber os resultados dos exames é feito diretamente pela unidade	54	41,2	44	33,6	9	6,9	17	13,0	5	3,8	2	1,5	131	100,0
d) O usuário é avisado sobre esse agendamento	79	60,3	29	22,1	2	1,5	11	8,4	5	3,8	5	3,8	131	100,0
e) Os profissionais procuram a família para discutir problema de saúde do usuário	12	9,2	40	30,5	69	52,7	6	4,6	-	-	4	3,1	131	100,0
f) Existe supervisão periódica para revisar a necessidade de referência aos outros níveis de atenção	6	4,6	20	15,3	49	37,4	43	32,8	10	7,6	3	2,3	131	100,0
g) Os prontuários médicos sempre estão disponíveis quando o profissional examina o usuário	95	72,5	33	25,2	1	0,8	-	-	-	-	2	1,5	131	100,0
h) Existe auditoria periódica dos prontuários médicos	1	0,8	2	1,5	13	9,9	67	51,1	46	35,1	2	1,5	131	100,0

n = 61 médicos e n = 70 enfermeiros.

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

A forma de organização dos prontuários de saúde é por indivíduo, como informaram 98% dos médicos e enfermeiros das ESF de Florianópolis.

**Tabela 5 – D11 Forma de organização dos prontuários informada pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Organização dos prontuários	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Indivíduo	59	96,7	69	98,6	128	97,7
Família	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Indivíduo e família	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não respondeu	2	3,3	1	1,4	3	2,3
Total	61	100,0	70	100,0	131	100,0

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

As anotações sobre a saúde do usuário após cada consulta são registradas em seu próprio prontuário, e não no da família, por 95% dos médicos e 99% dos enfermeiros entrevistados (D12).

**Tabela 6 – D12 Anotações sobre a saúde do usuário após cada consulta pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Anotações sobre a saúde do usuário após consulta	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
a) No prontuário do usuário	58	95,1	69	98,6	127	96,9
b) No prontuário da família	-	-	-	-	-	-
c) No prontuário do usuário e a família	1	1,6	-	-	1	0,8
d) Não faço anotações	-	-	-	-	-	-
e) Não respondeu	2	3,3	1	1,4	3	2,3
Total	61	100,0	70	100,0	131	100,0

Observação: n=61 médicos e n=70 enfermeiros.

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

O prontuário é a principal fonte de registro de dados referentes à saúde dos usuários. Quase a totalidade dos médicos e enfermeiros entrevistados (96%) relatou utilizá-lo sempre ou na maioria das vezes para fazer anotações sobre a saúde do usuário após cada consulta.

**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, Florianópolis (SC), 2008**

Anotações no prontuário de saúde após consulta	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sempre	56	91,8	62	88,6	118	90,1
Na maioria das vezes	3	4,9	5	7,1	8	6,1
Poucas vezes	-	-	1	1,4	1	0,8
Não respondeu	2	3,3	2	2,9	4	3,1
Total	61	100,0	70	100,0	131	100,0

Observação: n =61 médicos que afirmaram fazer anotações sobre a saúde do usuário após cada consulta; n =70 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.

O prontuário também é usado pelos auxiliares e técnicos de enfermagem. A maioria (82%) dos auxiliares/ técnicos de enfermagem entrevistados mencionou anotar informações referentes à saúde do usuário no prontuário após a realização de suas ações/procedimentos, enquanto 17% anotam em instrumento similar ao prontuário, ao qual os demais profissionais têm acesso.

Entre os agentes comunitários de saúde entrevistados, 69% fazem anotações sobre a saúde do usuário, para uso pessoal, após as visitas domiciliares. O relato escrito em instrumento similar ao prontuário é feito por 19% e apenas 9% anotam os procedimentos realizados no prontuário do usuário.

**Tabela 8 – D3 Anotações sobre a saúde do usuário após a realização de procedimentos segundo auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Anotações sobre a saúde do usuário após procedimentos/ atividades de saúde	Auxiliares/ Técnicos de Enfermagem		Agentes Comunitários de Saúde	
	n	%	n	%
a) No prontuário do usuário	59	81,9	13	9,3
b) Em instrumento similar ao prontuário, ao qual os demais profissionais têm acesso	12	16,7	27	19,3
c) Anotações para uso pessoal	4	5,6	96	68,6
d) Não faço anotações	8	11,1	9	6,4

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

Os auxiliares/técnicos de enfermagem, em sua grande maioria (94%), descrevem no prontuário de saúde dos usuários os atendimentos domiciliares. Esses registros no prontuário de saúde são feitos por 64% dos agentes comunitários de saúde, mas 30% deles disseram que os atendimentos não são relatados.



**Tabela 9 – D2 Relato dos atendimentos domiciliares no prontuário de saúde dos usuários pelos auxiliares/ técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Relato dos atendimentos domiciliares	Auxiliares/ Técnicos de Enfermagem		Agentes Comunitários de Saúde	
	n	%	n	%
Sim	68	94,4	89	63,6
Não	3	4,2	43	30,7
Não respondeu	1	1,4	8	5,7
Total	72	100,0	140	100,0

Observação: n = 72 auxiliares / técnicos de enfermagem e n =140 ACS.

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

### 3. AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO PELOS PROFISSIONAIS

A pesquisa buscou conhecer a avaliação feita pelos próprios profissionais das ESFs a respeito das estratégias desenvolvidas para a coordenação dos cuidados no município.

Apresentou-se um quadro contendo um conjunto de situações que envolviam esforços para a coordenação dos cuidados e se solicitou aos médicos e enfermeiros que assinalassem seu grau de concordância em relação a cada uma.

A respeito da atuação das enfermeiras no processo de coordenação dos cuidados, 82% dos médicos entrevistados concordaram ou concordaram muito que as enfermeiras são ativamente envolvidas, o que os enfermeiros reforçaram quase com unanimidade (96%).

Verificou-se que 71% dos médicos informaram concordar ou concordar muito que o papel da ESF está especificado pela política local nas funções de porta de entrada e de coordenação dos cuidados. Essa percepção é compartilhada pelos enfermeiros – 76% dos entrevistados afirmaram concordar e concordar muito com essa questão.

Sobre a permissão para que os médicos do PSF acompanhem seu paciente durante a internação, as avaliações dos médicos e enfermeiros foram negativas. Apenas 12% dos profissionais responderam positivamente. Um total de 62% dos médicos e 41% dos enfermeiros entrevistados discordaram ou discordaram muito da permissão para que médicos do PSF acompanhem seu paciente durante a internação em seu município. Um percentual significativo (40%) dos enfermeiros não soube responder a essa questão.

Ao responderem se os profissionais do PSF desfrutam do mesmo nível de reconhecimento profissional que os especialistas, 70% dos médicos e 56% dos enfermeiros das ESFs de Florianópolis discordaram ou discordaram muito dessa afirmativa.

**Tabela 10 – D22 Avaliação dos esforços para coordenação dos cuidados por Médicos, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Critério	Concorda muito		Concorda		Discorda		Discorda muito		Não sabe		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) As enfermeiras são ativamente envolvidas na coordenação dos cuidados	20	32,8	30	49,2	8	13,1	1	1,6	-	-	2	3,3	61	100,0
b) Na política local está especificado o papel da ESF na função de porta de entrada e sua função de coordenação	10	16,4	33	54,1	12	19,7	1	1,6	3	4,9	2	3,3	61	100,0
c) Em seu município é permitido aos médicos do PSF acompanhar seu paciente durante a internação	-	-	6	9,8	24	39,3	14	23,0	15	24,6	2	3,3	61	100,0
d) Profissionais do PSF desfrutam do mesmo nível de reconhecimento profissional que os especialistas	2	3,3	12	19,7	19	31,1	24	39,3	2	3,3	2	3,3	61	100,0

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

**Tabela 11 – D22 Avaliação dos esforços para coordenação dos cuidados por Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Critério	Concorda muito		Concorda		Discorda		Discorda muito		Não sabe		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) As enfermeiras são ativamente envolvidas na coordenação dos cuidados	32	45,7	35	50,0	-	-	-	-	1	1,4	2	2,9	70	100,0
b) Na política local está especificado papel da ESF na função de porta de entrada e sua função de coordenação	11	15,7	42	60,0	12	17,1	-	-	2	2,9	3	4,3	70	100,0
c) Em seu município é permitido aos médicos do PSF acompanhar seu paciente durante a internação	1	1,4	10	14,3	24	34,3	5	7,1	28	40,0	2	2,9	70	100,0
d) Profissionais do PSF desfrutam do mesmo nível de reconhecimento profissional que os especialistas	3	4,3	22	31,4	32	45,7	7	10,0	4	5,7	2	2,9	70	100,0

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

**Tabela 12 – D22 Avaliação dos esforços para coordenação dos cuidados por Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 – Total**

Critério	Concorda muito		Concorda		Discorda		Discorda muito		Não sabe		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) As enfermeiras são ativamente envolvidas na coordenação dos cuidados	52	39,7	65	49,6	8	6,1	1	0,8	1	0,8	4	3,1	131	100,0
b) Na política local está especificado o papel da ESF na função de porta de entrada e sua função de coordenação	21	16,0	75	57,3	24	18,3	1	0,8	5	3,8	5	3,8	131	100,0
c) Em seu município é permitido aos médicos do PSF acompanhar seu paciente durante a internação	1	0,8	16	12,2	48	36,6	19	14,5	43	32,8	4	3,1	131	100,0
d) Profissionais do PSF desfrutam do mesmo nível de reconhecimento profissional que os especialistas	5	3,8	34	26,0	51	38,9	31	23,7	6	4,6	4	3,1	131	100,0

n = 61 médicos e n = 70 enfermeiros.

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

## **XII. INTERSETORIALIDADE**

A construção de uma APS abrangente requer, para além dos aspectos relacionados à constituição e organização dos serviços e 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 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, execução e 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 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 no âmbito municipal, a atuação intersetorial deve se processar em diversos níveis: na ação comunitária no território, na articulação na SMS, 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 ESF “*promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados*” (Ministério da Saúde; 2001b:75).

A construção da intersetorialidade constitui, no entanto, um desafio (Andrade, 2006), haja vista a fragmentação imposta pela lógica das administrações governamentais

centralizadas, setorializadas 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 ESF no que tange à incorporação de práticas interssetoriais, como também do estudo das iniciativas de articulação com outros setores de políticas públicas promovidas pela própria Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Assim, buscou-se captar as iniciativas interssetoriais existentes no município e o papel desempenhado pela Estratégia Saúde da Família, considerando a perspectiva tanto da SMS 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 ESF para atuação interssetorial; e a participação social e integração da comunidade nessas ações.

## **1. INICIATIVAS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Em Florianópolis, as iniciativas de atuação interssetorial não respondem a uma modalidade integrada de atuação governamental, embora seja uma determinação do prefeito que as Secretarias atuem de forma articulada. Antes, as iniciativas interssetoriais estão relacionadas a projetos específicos.

Consoante com essa perspectiva, o município de Florianópolis não conta com colegiados ou câmaras interssetoriais no âmbito da gestão municipal. No entanto, existem diversos fóruns interssetoriais permanentes, dos quais foram destacados pelos gestores entrevistados, o da *Saúde do Escolar*, que reúne as Secretarias de Educação, de Saúde e Assistência Social; o do *Plano Diretor do Município* que discute as questões ambientais, enchentes, controle das doenças, como a dengue, etc...; e o da *Violência*, que envolve técnicos da Segurança, Educação e Saúde, além dos Conselhos Municipais como o da AIDS que conta com a parceria da Educação.

A gestão municipal de saúde, em particular a vigilância sanitária e ambiental, desenvolve também ações de forma articulada com outros setores da Prefeitura, Secretaria de Urbanismo, Empresa de Limpeza e Secretaria de Assistência Social no que se refere à saúde do idoso e ao acolhimento da população de rua, como destacou a coordenadora da vigilância epidemiológica.

As iniciativas mais freqüentes de articulação intersetorial promovidas pela saúde são aquelas que envolvem os setores de Assistência Social e de Educação. O gestor municipal da saúde em Florianópolis afirmou que há uma relação estreita entre o Programa Saúde do Idoso e a Secretaria de Assistência Social, bem como da Saúde da Criança com a Secretaria de Educação. Destacou ainda que, por sugestão da Saúde, foram criadas duas mil e quinhentas vagas em tempo integral na Educação e que há também um fórum para acompanhar o fornecimento de leite integral e cestas básicas para famílias acompanhadas pela Assistência Social.

Além das ações voltadas ao bem-estar do idoso, o município de Florianópolis desenvolve ações articuladas entre os setores de Saúde e Assistência Social também no âmbito do Programa Sentinela. Cabe destacar aqui o processo de elaboração do protocolo Sentinela, com fluxo claro de atendimento à criança e ao adolescente vítimas de violência e usuárias de drogas. Também mereceu destaque o trabalho conjunto voltado à proteção social da população em situação de rua.

Outra ação conjunta entre Saúde e Assistência Social relaciona-se a ações no âmbito do programa Bolsa Família. Embora o vínculo entre a Assistência Social e a Educação, nesse Programa, seja maior, há uma grande parceria com a Saúde, afirmou a assessora de planejamento, pois o acompanhamento da criança é feito desde o nascimento na maternidade. Atualmente, o cadastramento das famílias beneficiadas com o Bolsa Família não está mais sendo feito pelos agentes comunitários de saúde – como era anteriormente – e sim por funcionários da Secretaria de Assistência Social.

Na direção da integração intersetorial, o Pró-Jovem – gerido pela Secretaria de Assistência Social – demanda a colaboração de médicos e enfermeiros das Unidades de Saúde para o desenvolvimento das palestras educativas que são realizadas na comunidade.

Entre os colegiados intersetoriais existentes no município, a Assistência Social participa do Comitê de Mortalidade Infantil, conduzido pela Saúde e em parceria com a Educação.

Segundo o secretário de assistência social, atualmente o planejamento está mais voltado para a elaboração de instrumentos que possibilitem o controle e o acompanhamento para mensurar os impactos das ações e das políticas do que propriamente voltado para a criação de ações intersetoriais. O gestor destaca que a política de Assistência Social está

ainda em construção, *“é um filho novo das políticas públicas que sempre esteve a reboque da Saúde, da Educação e da Segurança Pública, sempre foi medida compensatória, mas nunca foi considerada uma política”*.

Com a Secretaria Municipal de Educação, a SMS de Florianópolis desenvolve ações articuladas, como por exemplo, o controle vacinal, a avaliação do estado nutricional dos escolares, atenção aos portadores de necessidades alimentares especiais com os celíacos, ou com intolerância à lactose, a prevenção de acidentes e agravos externos, saúde reprodutiva e a prevenção à gravidez na adolescência.

A gestão municipal de educação destacou que recebe constantemente solicitações da Saúde e vice-versa, como por exemplo, o cuidado com os escolares da rede que são celíacos, pois a Educação solicita à Saúde que informe o estado nutricional da criança (peso, caso de diarreia e intolerância à lactose) e a Saúde encaminha à Educação a solicitação de alimentação adequada às necessidades da criança avaliada. Há ainda crianças com sobrepeso, hipertensas e com colesterol alto que, após avaliação médica e nutricional, também demandam alimentação adequada. Contudo, as solicitações mais frequentes são as avaliações oftalmológicas, além da atenção clínica nos casos de infecções respiratórias e gastrintestinais.

Uma ação conjunta que mereceu destaque dos gestores foi o Programa Saúde do Escolar. Em Florianópolis, existe uma Comissão da Saúde do Escolar composta por profissionais da Saúde da Família e da Secretaria de Educação, por representantes da associação dos celíacos, de ONGs e de instituições de ensino. Existe uma equipe principal de coordenação com profissionais da Educação e da Saúde e corpo técnico também misto, responsável por cada eixo temático do Programa: atividade física, avaliação nutricional, sexualidade, saúde mental e o monitoramento em saúde que inclui prevenção em geral.

Em relação aos temas que demandam intervenção intersetorial em Florianópolis, o gestor municipal de assistência social destacou os seguintes: inclusão produtiva através da profissionalização; violência e abuso sexual; drogas; inclusão da pessoa com deficiência. Já a coordenadora do Programa Saúde do Escolar destacou outros temas: Prevenção e controle do tabagismo, prevenção do uso de drogas, controle da gestação na adolescência e problemas visuais e diarreicos, infecções respiratórias, cuidados com higiene e verminose. A questão ambiental foi descrita pela gerente de vigilância epidemiológica como o tema que mais precisa de intervenção intersetorial no município.

## **2. INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES E CONTRIBUIÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Como dito anteriormente, a intersetorialidade não configura uma diretriz organizacional da gestão municipal de Florianópolis. Intervenções conjuntas entre setores governamentais respondem a projetos específicos e/ ou iniciativas dos serviços e equipes locais. Nessa perspectiva, também no âmbito da Estratégia Saúde da Família as ações intersetoriais mais comuns envolvem a Assistência Social e a Educação.

A Assistência Social desenvolve ações em parceria com os profissionais de saúde da família através da realização de capacitação sobre o reconhecimento e atendimento de pessoas que sofrem algum tipo de violência, e da atenção direcionada ao idoso.

Quando os profissionais de Saúde da Família detectam algum problema cuja interferência da Assistência Social é necessária, os casos são referenciados para os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) existentes em todas as regiões de Florianópolis.

Os ACS são considerados importantes parceiros pelo gestor municipal de Assistência Social, pois realizam a divulgação das ações do Pró-Jovem, *“Eles (ACS) entram dentro da comunidade e conhecem os jovens. Esse agente sabe se aquele menino pode estar se inserindo no programa”*, destacou a assessora de planejamento da Secretaria Municipal de Assistência Social.

Já no âmbito da Educação são, segundo a coordenadora do Programa Saúde do Escolar, desenvolvidas ações em parceria com os profissionais da Saúde da Família voltadas à: capacitação de jovens e adultos que inclui agentes comunitários de saúde; palestras sobre prevenção de acidentes, cujas famílias cadastradas pelo PSF são convidadas; e o projeto de educação de jovens e adultos que tem buscado pessoas analfabetas e as que têm o primeiro grau incompleto através dos registros das famílias cadastradas pela Saúde da Família.

A Secretaria de Educação não recebe solicitações dos profissionais da Saúde da Família, mas destacou que são frequentes as da Coordenação do Programa Saúde do Escolar.

As experiências intersetoriais desenvolvidas pelas equipes da Saúde da Família são voltadas à comunidade escolar e contam com o apoio de lideranças religiosas. Os Conselhos Locais também foram destacados pela gerente de vigilância epidemiológica como experiências intersetoriais que funcionam nas comunidades, contudo, são



experiências heterogêneas: *“Há experiências maravilhosas, mas também tem lugares onde as coisas não estão andando bem.”*

Segundo o diretor do departamento de Saúde Pública, as equipes de Saúde da Família desenvolvem ações intersetoriais com instituições como a APAE e com as casas asilares, iniciativa que faz parte da política municipal.

As equipes de Saúde da Família recebem informações sobre a existência de programas sociais no município. O programa de Saúde do Idoso, por exemplo, informa as equipes sobre a existência de associações e grupos de idosos nos bairros e as atividades que são desenvolvidas como tecelagem, música, etc...

### **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 recomendações dos gestores das diversas secretarias municipais e gerentes da SMS para essas ações. O entendimento é que estes aspectos permitem reconhecer o grau de institucionalidade das ações intersetoriais desenvolvidas no município.

#### **Abrangência**

Na percepção de alguns gestores municipais de Florianópolis, as iniciativas intersetoriais desenvolvidas têm abrangência municipal, na medida em que existe a recomendação do próprio prefeito para articulação dos trabalhos desenvolvidos pelas diversas secretarias municipais.

Embora o município de Florianópolis não possua um colegiado ou fórum intersetorial instituído no âmbito municipal com a participação de todos os setores governamentais, a coordenadora do Programa Saúde do Escolar afirma que a base da ação intersetorial é municipal, pois a implantação da política de Saúde do Escolar estabelece o vínculo entre a Educação e a Saúde da Família.

Também a assessora de planejamento afirmou que as iniciativas de atuação intersetorial respondem a uma política municipal, contudo com organização incipiente. *“É claro que temos um mínimo de organização para nos reunirmos. Nós temos alguns técnicos para discutir algumas coisas, mas isso é natural, nós somos empurrados para isso, não é uma coisa planejada.”*

Ao analisar se a iniciativa intersetorial é episódica ou permanente, o secretário de assistência social afirmou que “(...) *já está introjetada nos servidores e também está no cotidiano do serviço.*”

Não obstante tais considerações, pode-se dizer que em Florianópolis, no entanto, a intersetorialidade não constitui ainda uma diretriz organizacional da gestão pública municipal, apresentando um caráter mais esporádico e pontual, haja vista que se relacionam a projetos e iniciativas específicos. Apesar de alguns gestores do município destacarem a existência de ações permanentes relacionadas a uma estratégia política municipal, inexistente no município uma política mais geral de incentivo à construção da intersetorialidade.

### **Dinâmica de funcionamento das ações intersetoriais**

Nos fóruns intersetoriais as questões são apresentadas livremente, as prioridades são estabelecidas a partir do diagnóstico do município e o processo de tomada de decisão é baseado nas demandas do grupo e no próprio diagnóstico, afirmou a gerente da vigilância epidemiológica: “*São vários interesses, mas temos conseguido um avanço nesse sentido. Então, nós procuramos identificar as prioridades de acordo com as necessidades reais dos grupos e não de quem representa o grupo, pois geralmente são incompatíveis*”.

Na opinião da secretaria municipal de assistência social, as prioridades intersetoriais são discutidas nos Conselhos gestores de cada setor, definidas por consenso, e as demandas são acolhidas pela respectiva Secretaria. As Secretarias, ao discutirem as políticas transversais, identificam as possíveis ações paralelas e definem as prioridades como, por exemplo, a criança, no que se refere à redução da mortalidade infantil, a proteção integral e a situação de vulnerabilidade, destacou a assessora de planejamento.

A Assistência Social articula suas ações em parceria com a Saúde, reúnem-se regularmente, porém, as tarefas são divididas e executadas por cada Secretaria.

Em relação à Educação, todos os projetos vinculados ao Programa Saúde do Escolar são prioritários e recebem a mesma de atenção da equipe. O processo de trabalho, segundo a coordenadora do programa, é baseado na dinâmica formulação-implantação-avaliação. Nesta última, os projetos são validados ou reformulados. Alguns estão iniciando e outros já estão sendo avaliados, o que muda, então, é o estágio em que se encontra cada um deles, pois a atenção dos técnicos da equipe é igualmente distribuída. Informa que

alguns projetos se desenvolvem mais lentamente que outros, como por exemplo, o que aborda a prevenção da gestação na adolescência, e outros estão completamente consolidados como o caso do projeto de hortas, o de doença celíaca e o da saúde visual que fornece óculos aos escolares, embora parte das ações deste mesmo projeto não estejam consolidadas, tais como o transplante de córneas.

### **Financiamento**

Não há recursos financeiros alocados para projetos intersetoriais, afirmou o secretário de saúde. Quanto aos recursos necessários para a manutenção do convênio com a Universidade Federal de Santa Catarina referente à rede docente-assistencial, a Secretaria de Saúde possui previsão orçamentária para o pagamento dos profissionais e para liberação de horários de treinamento e capacitação.

De forma análoga, a coordenação do Programa Saúde do Escolar menciona que não há recursos específicos alocados para projetos intersetoriais. Atualmente, os recursos materiais e humanos disponíveis no programa são da Educação e da Saúde. Atualmente a equipe está elaborando um plano para pleitear recursos do governo federal.

Já a gestão municipal de assistência social entende que há recursos alocados para projeto intersetoriais, pois com o *Capital Criança*, por exemplo, a Assistência Social compra o leite especial para crianças que estão abaixo do peso e a Saúde investe os recursos que inicialmente seriam para este fim em outras ações e serviços, destacou a assessora de planejamento da Secretaria de Assistência Social.

### **Avaliação dos gestores**

As ações desenvolvidas de forma articulada pela Saúde e pelo Assistência Social, em particular a retirada da população de rua com encaminhamento para a Casa de Passagem e para o Centro de Atenção Psicossocial, são consideradas pelo secretário de saúde como experiências intersetoriais de sucesso no município. O secretário de saúde destacou a necessidade de aumentar as ações intersetoriais entre a Saúde, Educação e Assistência Social.

Para a Secretaria Municipal de Assistência Social, o resultado mais positivo de atuação intersetorial é “(...) *conhecer o trabalho do outro e trocar informações a fim de atender melhor, com isso passamos a entender e a pensar juntos. O maior ganho está na qualidade do atendimento prestado à população.*”

A coordenadora do Programa Saúde do Escolar destacou que o resultado mais positivo de atuação intersetorial articulado com a Saúde é o Projeto de Atenção aos Portadores de Necessidades Alimentares Especiais: *“Ele foi a base no processo de inclusão. A criança não recebe um alimento diferenciado por ser celíaca, todas as crianças daquela escola recebem a mesma alimentação, porque o que é bom para uma criança celíaca não é ruim para as outras. E isso foi possível por conta de uma atuação bem integrada da comunidade, das famílias, das Secretarias de Educação e da Saúde.”*

Apesar dos avanços apresentados, existem obstáculos e pontos frágeis para o desenvolvimento de ações intersetoriais no município identificados pelos gestores.

A grande dificuldade para a efetivação da intersetorialidade descrita pela assessora de planejamento da Secretaria de Assistência Social é o excesso de Comissões, Conselhos e Comitês, o que acaba fragmentando a atuação dos gestores: *“Como vamos nos desdobrar?”*. Para planejar e executar as ações de forma integrada a Secretaria de Saúde solicita à Assistência Social que haja um entendimento maior sobre as responsabilidades de cada setor, em relação, por exemplo, aos medicamentos básicos e aqueles que são utilizados por famílias em situação de vulnerabilidade, que precisam de acompanhamento.

A compreensão sobre o papel dos dois setores (Assistência Social e Saúde) é descrita pela assessora de planejamento como outra grande dificuldade encontrada nas ações intersetoriais articuladas com a Saúde.

Já a coordenadora do Programa Saúde do Escolar destacou que o grande obstáculo da atuação intersetorial é a divulgação das ações do Programa, o que dificulta o acesso da comunidade, e a definição do que é de fato concebido como prioridade pela comunidade: *“No momento que o cidadão se apropriar disso, ele irá garantir uma continuidade do processo para que não sofra qualquer tipo de interrupção no momento da mudança de gestão”*.

A principal dificuldade para o desenvolvimento das ações intersetoriais articuladas entre a Secretaria de Saúde e o Programa Saúde do Escolar é a visibilidade das ações do Programa, pois apesar de estar bem estruturado, com uma equipe altamente capacitada, habilitada e comprometida, o programa é pouco conhecido pela comunidade, ressaltou a coordenadora do Programa Saúde do Escolar.

Frente a essas dificuldades, os gestores apresentaram algumas sugestões para melhoria das ações intersetoriais.

Para melhorar o planejamento e a execução das ações articuladas entre a gestão municipal da assistência social e a Secretaria de Saúde, a assessora de planejamento da Secretaria Municipal de Assistência Social destacou a necessidade de avançar na avaliação e monitoramento das ações intersetoriais e ressaltou a importância de aproximar os técnicos que elaboram as políticas aos profissionais que estão na assistência “(...) *precisamos estar na ponta e, ao mesmo, tempo esta pensando e discutindo. Não dá para dissociar. Não adianta ter uma equipe apenas para pensar as políticas.*

Já coordenadora do Programa Saúde do Escolar ressaltou que para melhorar o planejamento e a execução das ações intersetoriais é necessário divulgar mais o Programa para que a comunidade se aproprie mais das ações e reivindique que o Programa se transforme numa política que permaneça independente da mudança de gestão.

### **Recomendações a gestores de outras cidades**

A pesquisa solicitou aos gestores das diferentes secretarias municipais que, a partir da experiência intersetorial em Florianópolis, apresentassem sugestões e recomendações a gestores de outras cidades.

A coordenadora do Saúde do Escolar sugeriu que outros gestores de grandes cidades invistam mais no trabalho técnico que no político, que busquem parcerias, e que os técnicos tenham afinidades, conhecimento, sejam idealistas e disponíveis para o trabalho e para o aperfeiçoamento. Sugeriu ainda que não se atrelem a um programa de governo, e afirmou: “*que o que vem de cima para baixo não acontece, ou seja, tem que acontecer no nível horizontal com afins para assim se solidificar. Alguém citou num outro lugar que devemos adotar o modelo de pilhas de latas de azeite. Quanto maior e mais bem estruturada a base, mais alto conseguimos levar a pilha de latas de azeite no supermercado. Então este o modelo que devemos seguir para que tenhamos sucesso*”.

## **4. PARCERIAS COM INSTITUIÇÕES ACADÊMICAS**

A Secretaria de Saúde de Florianópolis possui um convênio com a Universidade Federal de Santa Catarina para desenvolvimento do Programa Docente Assistencial, atualmente

denominado Rede Docente Assistencial. Há uma Comissão de Gestores composta por profissionais da Secretaria de Saúde e da Universidade Federal que se reúne mensalmente para organizar a estrutura da rede docente-assistencial. Há ainda duas residências na rede, a residência médica em Saúde da Família e a residência Multiprofissional em Saúde da Família. Com o convênio, há mais de mil e cem estudantes de graduação atuando na rede de serviços de saúde do município. Segundo o secretário de saúde, a Universidade Federal promoveu uma reforma curricular nos cursos de medicina, enfermagem, odontologia e está iniciando no curso de farmácia: *“(...) três anos atrás, a Universidade estava formando profissionais de saúde para trabalhar nos hospitais e consultórios particulares, a partir da mudança curricular, a Universidade começou a formar profissionais de saúde para o mercado de trabalho existente, e o mercado existente é o SUS.”*

Segundo o diretor do departamento de Saúde Pública, tem sido importante direcionar a formação dos alunos da graduação para a saúde pública, pois a proposta é que ocorram mudanças no processo de formação dos futuros profissionais. Atualmente, os estudantes passam praticamente duas ou três vezes por semana inseridos na atenção primária: *“A maior parte dos trabalhos finais de conclusão de curso gera uma produção científica na atenção primária também. Esta formação científica é desempenhada com ações na própria unidade. E tem sido bastante interessante. Na verdade, é também uma oportunidade para gerar conhecimento”* .

## **5. PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DAS ESF PARA ATUAÇÃO INTERSETORIAL**

Ainda em relação à intersectorialidade, a pesquisa procurou conhecer as práticas assistenciais e comunitárias voltadas para uma atuação intersectorial desenvolvidas pelas ESF, as parcerias estabelecidas pelas equipes com outras instituições e organizações sociais no nível local e o envolvimento e participação das famílias cadastradas na definição dos objetivos e prioridades para atuação intersectorial.

### **Fatores de risco social e condições de vida dos usuários**

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 (73%), ao passo que somente 14% responderam que o levantamento foi feito e apenas 7% que foi concluído.

**Tabela 1 – E1 Avaliação da situação de saúde da comunidade pelas ESF nos últimos cinco anos, segundo as famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Levantamento da situação de saúde	n	%
Foi feito e concluído	36	6,5
Começou a ser feito, mas não foi concluído	9	1,6
Começou a ser feito, mas não sabe se foi concluído	30	5,4
Não foi feito	66	12,0
Não sabe se foi feito	404	73,2
Não respondeu	7	1,3
Total	552	100,0

Observação: n= 552 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 algum levantamento, avaliação da situação de saúde ou dos problemas de saúde de sua comunidade nos últimos cinco anos, foi perguntado se algum membro daquela residência participou da elaboração desse levantamento ou avaliação da situação de saúde na comunidade. Pouco mais da metade dos respondentes afirma que houve participação de algum membro da família (55%) no levantamento.

**Tabela 2 – E2 Participação das famílias cadastradas na elaboração da avaliação da situação de saúde na comunidade pelas ESF, segundo famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Participação	n	%
Sim	45	54,9
Não	27	32,9
Não respondeu	10	12,2
Total	82	100,0

Observação: n= 82 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 SF acerca dos problemas de saúde mais importantes da sua comunidade, pouco menos da metade (48%) das famílias respondeu que os profissionais conheciam os principais problemas da comunidade. Chama atenção o número de respondentes que não souberam informar se os profissionais do SF conheciam os problemas da comunidade (40%).

**Tabela 3 – E3 Conhecimento dos problemas de saúde mais importantes da comunidade pelas ESF, segundo famílias cadastradas, Florianópolis (SC), 2008**

Participação	n	%
Sim	267	48,4
Não	66	12,0
Não sabe	213	38,6
Não respondeu	6	1,1
Total	552	100,0

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

Aos profissionais das ESF, foi solicitado que indicassem a frequência com que, durante as consultas, investigam os fatores de risco social ou condições de vida dos usuários. Entre os profissionais de nível superior, os médicos afirmaram que perguntam sobre a situação social ou condições de vida dos usuários na maioria das vezes (43%) ou sempre (39%). Em proporção muito próxima, também a maior parte dos enfermeiros respondeu na maioria das vezes (43%) e sempre (29%), embora 20% desses profissionais responderam 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, Florianópolis (SC), 2008**

Indaga sobre risco social ou condições de vida	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sempre	24	39,3	20	28,6	44	33,6
Na maioria das vezes	26	42,6	30	42,9	56	42,7
Poucas vezes	9	14,8	17	24,3	26	19,8
Nunca	-	-	--	-	-	-
Não respondeu	2	3,3	3	4,3	5	3,8
Total	61	100,0	70	100,0	131	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 maior parte dos ACS (62%) respondeu que sempre pergunta sobre os fatores de risco social ou condições de vida do usuário durante a visita domiciliar e 58% 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 realizada pelos agentes comunitários de saúde e durante a realização de procedimentos pelos auxiliares/técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Investigação sobre risco social ou condições de vida	ACS		Aux/Téc enfermagem	
	n	%	n	%
Sim, sempre	87	62,1	42	58,3
Sim, raramente	29	20,7	18	25,0
Não	12	8,6	11	15,3
Não Respondeu	12	8,6	1	1,4
Total	140	100,0	72	100,0

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

Além das famílias e dos profissionais das ESF, no município de Florianópolis foram entrevistados quatro gerentes de unidades básicas de saúde sobre a realização de diagnóstico local pelas ESF. Entre esses entrevistados, dois gerentes afirmaram com convicção que realizavam o diagnóstico da comunidade, outro respondeu que acreditava ter sido realizado e o outro afirmou que os registros estavam atualizados e que pretendiam aumentar o número de cadastros.

Em uma das unidades cujo gerente confirmou a realização do diagnóstico da comunidade, a atualização foi feita no início do ano pelos residentes e em sua opinião foi um trabalho “*muito bom e completo*”. Na outra unidade, o diagnóstico é realizado baseado no cadastro dos ACS (ficha A) e os resultados foram apresentados pela gerente e discutidos em uma reunião geral da unidade. Ainda segundo esta gerente, a partir do diagnóstico foram definidas algumas atividades.

### **Capacitação dos profissionais para atuar segundo a diversidade sócio-cultural da comunidade**

Foi perguntado aos profissionais de nível superior se tinham recebido capacitação específica para atuar considerando a diversidade sócio-cultural da comunidade. Cerca de 61% dos médicos e 47% dos enfermeiros responderam afirmativamente a esta questão, enquanto um elevado percentual de médicos (39%) e a maioria dos enfermeiros (51%) declarou não ter recebido capacitação específica.

**Tabela 6 – B20 Capacitação para atuar considerando a diversidade sócio-cultural da comunidade informada pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Capacitação	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	37	60,7	33	47,1	70	53,4
Não	24	39,3	36	51,4	60	45,8
Não respondeu	0	0,0	1	1,4	1	0,8
Total	61	100,0	70	100,0	131	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 36% dos auxiliares/ técnicos de enfermagem e 40% dos ACS informaram ter recebido capacitação específica para atuar segundo a diversidade sócio-cultural da comunidade atendida.

**Tabela 7 – B22 B25 Capacitação para atuar considerando a diversidade sócio-cultural da sociedade informado ACS e auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Capacitação	ACS		Aux/Téc enfermagem	
	n	%	n	%
Sim	56	40,0	26	36,1
Não	74	52,9	36	50,0
Não respondeu	10	7,1	10	13,9
Total	140	100,0	72	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 ESF com outras instituições e organizações sociais, identificando a existência e frequência dos trabalhos conjuntos, os organismos e setores envolvidos assim como a participação dos profissionais das ESF nessas atividades.

Foi perguntado aos profissionais de nível superior das ESF sobre a existência e frequência de trabalho conjunto entre ESF e outras instituições, organizações ou grupos da comunidade. A maioria dos médicos (75%) e enfermeiros (73%) respondeu que poucas vezes ou nunca realizam trabalhos em conjunto com outras organizações ou grupos da comunidade para a realização de ações intersetoriais, o que configura um caráter residual da articulação intersetorial no âmbito das ESF. Cerca de um quarto de enfermeiros e médicos realizam trabalho conjunto com outras instituições.

**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, Florianópolis (SC), 2008**

Trabalho em conjunto	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sempre	2	3,3	3	4,3	5	3,8
Na maioria das vezes	10	16,4	16	22,9	26	19,8
Poucas vezes	33	54,1	47	67,1	80	61,1
Nunca	13	21,3	4	5,7	17	13,0
Não respondeu	3	4,9	0	0,0	3	2,3
Total	61	100,0	70	100,0	131	100,0

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

Também a maioria dos ACS (64%) e auxiliares/ técnicos de enfermagem (74%) respondeu que poucas vezes ou nunca realizam trabalhos em conjunto com outras organizações ou grupos da comunidade para a realização de ações intersetoriais.

**Tabela 9 – E1 Existência de trabalho em conjunto com outras instituições, organizações ou grupos da comunidade para realização de ações intersetoriais informada pelos agentes comunitários de saúde e auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Trabalho em conjunto	ACS		Aux/Téc enfermagem	
	n	%	n	%
Sempre	18	12,9	3	4,2
Na maioria das vezes	20	14,3	13	18,1
Poucas vezes	33	23,6	32	44,4
Nunca	57	40,7	21	29,2
Não respondeu	12	8,6	3	4,2
Total	140	100,0	72	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 também é baixa: 41% dos médicos e 39% dos enfermeiros 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, Florianópolis (SC), 2008**

Participação em atividades comunitárias	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	25	41,0	27	38,6	52	39,7
Não participa	34	55,7	43	61,4	77	58,8
Não respondeu	2	3,3	0	0,0	2	1,5
Total	61	100,0	70	100,0	131	100,0

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

Também agentes comunitários de saúde (54%) e os auxiliares/ técnicos de enfermagem (63%) informaram não participar de atividades voltadas para solução/encaminhamento de problemas da comunidade junto a outros órgãos públicos ou entidades da sociedade

**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, Florianópolis (SC), 2008**

Participação em atividades	ACS		Aux/Téc enfermagem	
	n	%	n	%
Sim	47	33,6	21	29,2
Não	75	53,6	45	62,5
Não respondeu	18	12,9	6	8,3
Total	140	100,0	72	100,0

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

O principal órgão público ou entidade da sociedade com o qual a equipe SF realiza atividades, citado pela parcela de médicos da ESF que participam de atividades para solução de problemas na comunidade foi a escola (76% dos profissionais mencionaram realização de atividades junto às escolas), seguido por órgãos ligados ao urbanismo (32%) e ao esgotamento sanitário (36%).

Já entre os enfermeiros que realizam estas atividades foram citadas: a escola (89%), a moradia (22%), o esgotamento sanitário (22%). Cabe ressaltar que o Conselho Local de Saúde – CLS teve (8 menções) e o Conselho Comunitário (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, Florianópolis (SC), 2008**

Órgãos públicos ou entidades da sociedade	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Escola/educação	19	76,0	24	88,9	43	82,7
Esgoto	9	36,0	6	22,2	15	28,8
Urbanismo (ruas, praças, iluminação pública)	9	36,0	5	18,5	14	26,9
Água	8	32,0	4	14,8	12	23,1
Geração de renda /trabalho	6	24,0	5	18,5	11	21,2
Moradia	4	16,0	6	22,2	10	19,2
Segurança pública	6	24,0	3	11,1	9	17,3
Coleta de lixo	5	20,0	4	14,8	9	17,3
Transporte	5	20,0	1	3,7	6	11,5
Outro	10	40,0	7	25,9	17	32,7

Observação: n=25 médicos e n =27 enfermeiros que afirmaram participar de alguma atividade voltada para a solução/encaminhamento de problemas de sua comunidade junto com outros órgãos públicos.

Descrição dos outros: associação de moradores; conselho local de saúde (9), conselho comunitário (2), Conselho tutelar, Cruz Vermelha do Brasil, ocupação de áreas de preservação, Plano diretor participativo - atividade voluntária, Programas assistenciais da igreja e Secretaria da Saúde.

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

Os principais tipos de órgãos públicos ou entidades da sociedade com os quais a equipe SF realiza atividades, citados pelos auxiliares/técnicos de enfermagem da ESF que participam de atividades para solução de problemas na comunidade são a escola (86%), e aqueles relacionados com a coleta de lixo (38%), a água (38%) e o esgotamento sanitário (38%). Já entre os ACSs que participam de atividades para solução de problemas na comunidade foram citados a escola (100%), a coleta de lixo (47%) e o esgotamento sanitário (38%). Cabe ressaltar que a associação de moradores e o Conselho Local de Saúde, mesmo não tendo sido incluído entre as opções do questionário aplicado aos profissionais foram lembrados pelos entrevistados (6 e 3 menções respectivamente).

**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, Florianópolis (SC), 2008**

Órgãos públicos ou entidades da sociedade	ACS		Aux/Téc enfermagem	
	n	%	n	%
Escola/educação	47	100,0	18	85,7
Coleta de lixo	22	46,8	8	38,1
Esgoto	18	38,3	8	38,1
Urbanismo (ruas, praças, iluminação pública)	17	36,2	7	33,3
Água	16	34,0	8	38,1
Moradia	14	29,8	6	28,6
Segurança pública	12	25,5	7	33,3
Geração de renda /trabalho	10	21,3	1	4,8
Transporte	7	14,9	4	19,0
Outro	12	25,5	3	14,3

Observação: n = 47 ACS e n = 21 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.

Descrição dos outros: associação de moradores (6); conselho local de saúde (3), pastorais, CRASS, grupo de ginástica para terceira idade, grupos de idosos e mães, grupos promoção da saúde.

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 resolução de problemas da comunidade. Para a maioria dos médicos (71%) e enfermeiros (73%), a equipe deveria buscar parcerias 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 para a resolução de problemas da comunidade. Cabe destacar que apenas quatro profissionais de nível superior declararam 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, Florianópolis (SC), 2008**

ESF deve se relacionar	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Órgãos de políticas públicas como educação, assistência social, saneamento e transporte	13	21,3	15	21,4	28	21,4
Organismos não governamentais e organizações da sociedade civil	-	-	-	-	-	-
As duas respostas anteriores	43	70,5	51	72,9	94	71,8
A equipe tem condições de resolver os problemas da comunidade	2	3,3	2	2,9	4	3,1
Não tem opinião formada	0	0,0	1	1,4	1	0,8
Não respondeu	3	4,9	1	1,4	4	3,1
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>	<b>131</b>	<b>100,0</b>

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 47% dos auxiliares/ técnicos de enfermagem, a equipe deveria buscar parcerias com 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 para a resolução de problemas da comunidade. Dezenove por cento dos respondentes declararam não ter opinião formada e apenas dois técnicos/ auxiliares de enfermagem afirmaram 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, Florianópolis (SC), 2008**

ESF deve se relacionar	n	%
Órgãos de políticas públicas como educação, assistência social	23	31,9
Organismos não governamentais e organizações da sociedade civil	3	4,2
As duas respostas anteriores	34	47,2
A equipe tem condições de resolver os problemas da comunidade	2	2,8
Não tem opinião formada	14	19,4

A soma ultrapassa 100% porque admitiu-se mais de uma resposta

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

Aos profissionais de nível superior foi 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 (72%) e enfermeiros (60%) a realização de tais parcerias ocorre poucas vezes ou nunca.

**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, Florianópolis (SC), 2008**

Execução de ações pela equipe	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sempre	4	6,6	6	8,6	10	7,6
Na maioria das vezes	11	18,0	22	31,4	33	25,2
Poucas vezes	36	59,0	36	51,4	72	55,0
Nunca	8	13,1	6	8,6	14	10,7
Não respondeu	2	3,3	0	,0	2	1,5
Total	61	100,0	70	100,0	131	100,0

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

A mesma pergunta foi feita para os agentes comunitários de saúde e auxiliares/ técnicos de enfermagem. Metade dos ACSs informou que a equipe nunca realiza ou realiza poucas vezes ações na sua área de atuação em parceria ou com participação informal de ONGs, associações, conselhos, igrejas e movimentos sociais enquanto 37% afirmaram que a equipe executa sempre ou na maioria das vezes tais parcerias. No total 68% dos ACS afirmaram realizar poucas ou com frequência este tipo de atividade.

Já segundo 36% 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, associações, conselhos, igrejas e movimentos sociais enquanto 44% afirmaram que a equipe realiza poucas vezes realiza ações em parceria.

**Tabela 17 – E4E5 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 agentes comunitários de saúde e auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Execução de ações pela equipe	ACS		Aux/Téc enfermagem	
	n	%	n	%
Sempre	14	10,0	3	4,2
Na maioria das vezes	24	17,1	23	31,9
Poucas vezes	57	40,7	32	44,4
Nunca	13	9,3	11	15,3
Não respondeu	32	22,9	3	4,2
Total	140	100,0	72	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 Florianópolis continha uma questão sobre a participação de algum membro da residência nos últimos 12 meses em reuniões ou atividades relativas a problemas do bairro/comunidade, a convite do ACS. A maior parte dos respondentes (62%) afirmou não ter recebido qualquer convite para participar de atividades relativas a problemas no bairro/comunidade, enquanto 25% afirmaram 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, Florianópolis (SC), 2008**

Familiar convidado	n	%
Sim	96	25,3
Não	235	61,8
Não sabe	47	12,4
Não respondeu	2	0,5
Total	380	100,0

Observação: n = 380 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

Os principais tipos de problemas do bairro/comunidade abordados nessas reuniões e apontados pelas famílias participantes foram muito diversificados. Em primeiro lugar, aparecem temas de cuidados de saúde (24%), em segundo lugar questões relativas ao esgotamento sanitário (22% das menções), seguido por problemas relacionados com moradia (13%). Também mereceram destaque os assuntos relacionados com o Posto de Saúde (atendimento, melhorias, construção, Conselho Local de Saúde), segurança pública, e de urbanismo (9% cada), acompanhadas de escola e coleta de lixo (6% cada item).

**Tabela 19 – G9 Assuntos das reuniões ou atividades na comunidade, segundo famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Tipos de problemas	n	%
Doenças (dengue), cuidados com a saúde (gestantes) e saúde em geral	23	24,0
Esgoto	21	21,9
Moradia	12	12,5
Assuntos relacionados com o Posto de Saúde (atendimento, melhorias, construção, Conselho Local de Saúde)	9	9,4
Urbanismo (ruas, praças, iluminação pública, etc.)	9	9,4
Segurança Pública	9	9,4
Escola/educação/creche	6	6,3
Coleta de Lixo	6	6,3
Assuntos gerais da comunidade (lazer, bem-estar, drogas, situação geral do bairro)	5	5,2
Água	4	4,2
Transporte	1	1,0
Não lembra, não participa, não sabe	11	11,5

Observação: n = 96 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 perguntado às famílias cadastradas se elas tinham conhecimento da organização de reuniões pelas ESF com a comunidade para discutir os problemas do bairro. Mais da metade (56%) dos respondentes não soube responder. Cerca de 29% declarou conhecer a organização de reuniões pelas ESF com a comunidade com tal finalidade, enquanto 13% desconhecem iniciativas desse tipo.

**Tabela 20 – E4 Conhecimento da organização de reuniões pela Equipe de Saúde da Família com a comunidade para discutir os problemas do bairro, Estratégia de Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Conhecimento	n	%
Sim	161	29,2
Não	72	13,0
Não sabe	311	56,3
Não respondeu	8	1,4
Total	552	100,0

Observação: n = 552 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 ESF, a maioria (76%) afirmou não participar das mesmas. Apenas 18% das famílias que declararam conhecer as reuniões realizadas pelas ESF afirmaram participar dessas reuniões.

**Tabela 21 – E5 Participação de algum membro da família em reuniões organizadas pela Equipe de Saúde da Família para discussão dos problemas do bairro, Florianópolis (SC), 2008**

Participação	n	%
Sim	29	18,0
Não	123	76,4
Não sabe	3	1,9
Não respondeu	6	3,7
Total	161	100,0

Observação: n = 161 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 perguntadas as ESF ofereciam serviços de saúde nas escolas, a maior parte (70%) das famílias não soube responder. Para 22% dos respondentes, as ESF oferecem serviços de saúde na escola.

**Tabela 22– E6 Oferta de serviços de saúde nas escolas pela Estratégia de Saúde da Família, segundo as famílias cadastradas, Florianópolis (SC), 2008**

Oferta serviços de saúde nas escolas	n	%
Sim	119	21,6
Não	40	7,2
Não sabe	385	69,7
Não respondeu	8	1,4
Total	552	100,0

Observação: n = 552 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 que indicassem os principais problemas de saúde existentes no seu bairro ou comunidade. Cerca de um terço dos respondentes assinalou a falta de segurança/ violência (33%), a insuficiência de esgoto (33%), a ausência de áreas de lazer – praças, jardim, quadras (27%). Também merecem destaque a falta de pavimentação nas ruas (22%), de emprego na comunidade (14%), a falta/ insuficiência de serviços de saúde e qualidade do atendimento (9%) e a ausência de esgotamento sanitário (7,4%).

**Tabela 23 – O1 Principais problemas no bairro ou comunidade na opinião das famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Principais problemas	n	%
Falta de segurança / violência	262	33,2
Ausência ou insuficiência de esgoto	260	33,0
Ausência de áreas de lazer (praças, jardim, quadras)	216	27,4
Falta de pavimentação de ruas	175	22,2
Falta de emprego na comunidade	111	14,1
Falta de creches	84	10,6
Falta de serviços de saúde e qualidade do atendimento	74	9,4
Ausência ou insuficiência de abastecimento de água	70	8,9
Falta de iluminação nas ruas	59	7,5
Falta de escolas, problemas de ensino	52	6,6
Ausência ou insuficiência de coleta de lixo	51	6,5
Outros	64	8,1

Observação: n = 789 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 (especificação de outros da tabela anterior), a falta ou insuficiência de transporte urbano foi a opção mais frequente (20 menções), seguida da menção aos animais na rua (14 menções), trânsito/ falta de sinalização e falta de infra-estrutura no bairro, como adaptação calçadas para deficientes e enchentes), ambos com 6 menções.

**Tabela 24 – O1m Outros tipos de problema existentes no bairro ou comunidade, Estratégia de Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Principais problemas	n	%
Falta ou insuficiência de transporte urbano	20	2,5
Animais na rua	14	1,8
Trânsito/ falta de sinalização	6	0,8
Infra-estrutura (adaptação calçadas para deficientes, enchentes)	6	0,8
Drogas	3	0,4
Mosquito	2	0,3
Falta ou insuficiência de energia elétrica	2	0,3
Ratos, baratas, escorpiões	1	0,1
Falta ou insuficiência de escolas profissionalizantes e outros	1	0,1
Barulho	1	0,1
Terreno baldio	1	0,1
Falta ou insuficiência de saneamento básico em geral	1	0,1
Outros	8	1,0

Observação: n = 789 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 SF de Florianópolis que indicassem até três problemas de saúde existentes no bairro ou comunidade. Dentre os problemas

listados, a falta de medicamentos e profissional médico foram os mais apontados pelas famílias (30%). Também a dificuldade para fazer exames (28%) e falta de serviços de emergência (23%) foram muito citadas pelos entrevistados.

**Tabela 25 – O2 Principais problemas de saúde existentes no bairro ou comunidade, na opinião das famílias cadastradas, Estratégia de Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Principais problemas	n	%
Falta de medicamento	235	29,8
Falta de médico	234	29,7
Dificuldade para fazer exame	223	28,3
Falta de serviços de emergência	179	22,7
Dificuldade de acesso a serviço de saúde	132	16,7
Falta de dentista	111	14,1
Falta de Posto e Centro de Saúde	29	3,7
Doenças (*)	10	1,3
Outros	64	8,1

Observação: n = 789 Famílias indicaram os principais problemas de seu bairro ou comunidade

(\*) Entre as doenças citadas estão: Bicho de pé, bicho geográfico (2), diabetes e hipertensão (3) respiratória/mudança clima, sarna, carrapato, câncer, doenças provocadas pelo lixo acumulado e cachoeira (mosquito).

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

Dentre os principais problemas de saúde existentes no bairro mencionados espontaneamente pelas famílias cadastradas, merecem destaque o acesso a especialidades médicas (13 menções), a demora para consultas e exames (12 menções) e a falta de profissionais de saúde (7 menções).

**Tabela 26 – O2i Outros tipos de problemas de saúde existentes no bairro ou na comunidade, na opinião das famílias cadastradas, Estratégia de Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Outros problemas de saúde	n	%
Acesso a especialidades médicas	13	1,6
Demora para consultas e exames	12	1,5
Falta/ rotatividade de profissionais de saúde	7	0,9
Falta de infra-estrutura, de material e equipamentos médicos	6	0,8
Qualidade dos serviços de saúde	4	0,5
Horário de funcionamento do posto insuficiente	4	0,5
Ausência ou insuficiência de hospital/ UPA/ serviço de emergência	2	0,3
Dependência química	2	0,3
Falta de informação/ orientação	2	0,3
Desvalorização do ACS	1	0,1
Distância longa para realização de exames	1	0,1
Outros	11	1,4

Observação: n= 789 famílias indicaram os principais problemas de seu bairro ou comunidade

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

Foi ainda perguntado às famílias cadastradas quem seriam, em sua opinião, os principais responsáveis pela solução dos problemas de saúde do bairro. Para a maior parte dos

respondentes (40%), o governo municipal é o principal responsável por solucionar os problemas do bairro. O segundo responsável mais mencionado pelas famílias foi o governo – sem especificação – com 36%, seguido, em menor proporção, pela Secretaria Municipal de Saúde (15%), pelo governo estadual (13%) e pelo governo federal (12%). Não souberam informar 10% dos respondentes.

**Tabela 27 – O3 Principais responsáveis pela solução dos problemas de saúde do bairro na opinião das famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Responsáveis	n	%
Governo municipal (Prefeitura)	313	39,7
Governo	281	35,6
Secretaria Municipal de Saúde	115	14,6
Governo estadual	106	13,4
Governo federal	94	11,9
Centros e Postos de Saúde	32	4,1
Pessoas que moram na comunidade	28	3,5
Associações de moradores	18	2,3
Equipes de Saúde da Família	13	1,6
Outra Secretaria Municipal	10	1,3
Conselho Local de Saúde	7	,9
Hospitais	6	,8
Agentes Comunitários de Saúde	6	,8
Conselho Municipal de Saúde	5	,6
Igrejas	4	,5
Outro	14	1,8
Não sabe	78	9,9

Observação: n= 789 famílias indicaram os principais problemas de seu bairro ou comunidade

Descrição dos outros: Coordenador do centro de saúde, má administração, médicos, falta de organização nos postos, falta de políticas públicas, do cidadão (3), vereador, empresários (2), escola, líderes de bairro e intendência do distrito.

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

## 6. OUTRAS MODALIDADES DE ARTICULAÇÃO E PARCERIAS COM ONGS

Além das iniciativas de articulação intersetorial entre as diversas secretarias municipais, a Secretaria Municipal de Saúde de BH conta com parcerias de diversas ordens com várias organizações da sociedade civil.

As iniciativas intersetoriais em Florianópolis envolvem setores como o Instituto de Geração de Oportunidades de Florianópolis; Secretaria de Estado da Saúde, em especial o setor de DST/AIDS; Ministério de Trabalho e Emprego; um órgão da Secretaria de Estado de Agricultura, que apóia o projeto das hortas como promotoras de alimentação saudável; e a FLORAN, fundação do meio ambiente que trata das questões de higiene e de vigilância sanitária. Entre os setores não governamentais foi destacado: a ONG

Girassol; ONGs comprometidas com a orientação e controle da transmissão de DST/Aids; o Sindicato da Pesca e o das Indústrias de Arroz, inseridos no projeto dos celíacos devido a prioridade para consumo de arroz; e a Associação dos Celíacos.

Em Florianópolis, a Secretaria de Saúde possui parcerias formalizadas com ONGs que desenvolvem atividades voltadas para o controle de Aids. O planejamento das ações é feito em conjunto, o projeto é apresentado ao Ministério da Saúde, órgão responsável pelo financiamento, e após o repasse dos recursos a ONG executa as ações com o monitoramento e avaliação periódica da Secretaria de Saúde. Há ainda convênios com a APAE; com instituições asilares, nas quais os moradores recebem atendimento odontológico, de enfermagem, de fisioterapia, médico, incluindo atenção psiquiátrica e geriátrica; com Conselhos Comunitários que demandam serviços de ambulância para transporte e remoção de usuários; e com o Ministério Público, pois as Unidades de Saúde recebem infratores de pequenos delitos que desempenham trabalho voluntário num período determinado.

Também existem, em Florianópolis, fóruns voltados para a temática da erradicação do trabalho infantil, do combate à violência e abuso sexual contra a criança, da assistência social, e da criança e do adolescente. *“Esses fóruns, em sua maioria, são capitaneados pela sociedade civil”*, destacou o secretário municipal de assistência social. Embora no passado tenha sido um projeto construído coletivamente entre representantes governamentais e não governamentais, atualmente, esses fóruns são compostos somente por representantes da sociedade civil e contribuem com a identificação e escolha dos representantes não governamentais que participam dos Conselhos Municipais da Assistência Social, e da Criança e do Adolescente.

## **7. AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS ESF SOBRE O DESEMPENHO DAS EQUIPES NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES INTERSETORIAIS**

A pesquisa buscou conhecer a avaliação dos profissionais de nível superior das ESF a respeito do desempenho da equipe quanto à atuação intersetorial por meio do exame de algumas assertivas (tabela C13).

A articulação com outros setores sociais atuantes na área de abrangência das ESF para enfrentamento de problemas identificados tem desempenho insatisfatório segundo a maioria dos profissionais médicos (66%). Já entre os enfermeiros, avaliação é mais

positiva 51% assinalaram como satisfatório o desempenho das ESF na articulação com outros setores sociais.

A avaliação dos médicos das ESF de Florianópolis quanto à capacidade de mediação de ações intersetoriais por parte das equipes para enfrentar problemas da comunidade também foi bastante crítica. Cerca de 72% dos profissionais avaliou o desempenho das ESF nesse processo como insatisfatório ou muito insatisfatório, contrastando com apenas 20% dos que avaliaram como satisfatório. Já entre os enfermeiros, 51% consideram a satisfatória a capacidade de mediação de ações intersetoriais pelas ESF.

**Tabela 28 – C13 Desempenho da equipe quanto à atuação intersetorial, segundo médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Profissionais	Muito satisfatório		Satisfatório		Insatisfatório		Muito Insatisfatório		Não sabe		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Médicos</b>												
p) Articulação com outros setores sociais atuantes na área de abrangência para enfrentamento de problemas identificados	0	0,0	19	31,1	34	55,7	6	9,8	1	1,6	1	1,6
r) Capacidade de mediação de ações intersetoriais para enfrentar problemas da comunidade	1	1,6	12	19,7	35	57,4	9	14,8	3	4,9	1	1,6
<b>Enfermeiros</b>												
p) Articulação com outros setores sociais atuantes na área de abrangência para enfrentamento de problemas identificados	2	2,9	34	48,6	30	42,9	4	5,7	0	0,0	0	0,0
r) Capacidade de mediação de ações intersetoriais para enfrentar problemas da comunidade	1	1,4	35	50,0	31	44,3	2	2,9	0	0,0	1	1,4

Observação: n= 61 médicos e n= 70 enfermeiros

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

## 8. PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A participação social constitui um requisito e, ao mesmo tempo, é expressão da ação comunitária e da intersectorialidade desenvolvida pela Estratégia Saúde da Família.

A pesquisa procurou conhecer, desde a perspectiva de gestores, profissionais e famílias cadastradas na Estratégia Saúde da Família de Florianópolis, a participação da comunidade na definição e acompanhamento das ações intersetoriais desenvolvidas pelo município.



Buscou também conhecer a participação dos próprios profissionais das ESF em fóruns colegiados de políticas de saúde e, sobretudo, nos conselhos locais. O pressuposto é de que profissionais de saúde participativos têm preocupações mais gerais e tendem a desempenhar ações comunitárias com mais frequência.

Ao mesmo tempo, a existência e funcionamento do Conselho Local de Saúde tende a viabilizar a participação social e fomentar a discussão de problemas no território.

Do ponto de vista dos gestores, cabe ressaltar que embora o secretário de assistência social tenha destacado que os Conselhos trabalhem articulados e que há representatividade da população através das organizações não governamentais, a participação da população na definição das prioridades e objetivos da atuação intersetorial é considerada ainda incipiente, pois a discussão seria ainda muito técnica.

Segundo a Coordenação do Programa Saúde do Escolar, ainda não há participação da população na definição das prioridades para atuação intersetorial, pois o controle social começou a ser implantado através da criação dos núcleos regionais. A perspectiva é de que estes núcleos sejam responsáveis pela mobilização da comunidade para a composição dos Grupos Gestores que passarão a definir as prioridades da comunidade.

Tanto no fórum do Programa Saúde do Escolar quanto no do Plano Diretor há representação comunitária, destacou a coordenadora da vigilância epidemiológica. No entanto, na avaliação dessa gerente, o principal fórum intersetorial é o Conselho Municipal de Saúde, no qual são discutidas todas as políticas de saúde e onde estão representadas várias entidades da sociedade.

Os Conselhos Locais – embora considerados heterogêneos– é um espaço reservado para discussão da saúde da população e sua formação e organização são estimuladas pela Secretaria Municipal de Saúde, pois são considerados como importantes iniciativas de atuação intersetorial: *“As demandas surgem do Conselho Local e são levadas ao Conselho Municipal e outras diretamente à SMS. A partir daí são feitas propostas de parcerias, de convênios e de projetos”*, destacou o diretor do departamento de Saúde Pública. O Conselho Local é considerado pela Secretaria de Saúde como espaço importante de articulação com instituições locais, utilizado para o debate das questões intersetoriais, bem como para propostas relacionadas à melhoria das condições de saúde da população local.

### Ações comunitárias

Foi perguntada aos profissionais das ESF sua opinião sobre o grau de participação das lideranças comunitárias no levantamento de informações sobre as condições de vida e saúde da comunidade. Para mais de 40% dos médicos e dos enfermeiros entrevistados em Florianópolis a participação das lideranças nesse processo é fraca. No entanto, 26% dos médicos e 30% dos enfermeiros a avaliaram como forte. Vale ainda destacar que 16% dos médicos e 14% dos enfermeiros não souberam responder se havia presença de lideranças comunitárias em tal levantamento.

**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, Florianópolis (SC), 2008**

Grau de participação	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Forte	16	26,2	21	30,0	37	28,2
Fraca	26	42,6	29	41,4	55	42,0
Não houve participação das lideranças	9	14,8	10	14,3	19	14,5
Não sabe informar	10	16,4	10	14,3	20	15,3
Total	61	100,0	70	100,0	131	100,0

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

Entre os agentes comunitários de saúde entrevistados as opiniões foram divididas: 36% afirmaram que a participação das lideranças no levantamento de informações sobre as condições de vida e saúde da comunidade é fraca, 20% a consideraram forte e 19% afirmaram que não houve participação das lideranças em tal levantamento. A maior parte dos auxiliares de enfermagem, 36%, também considerou fraca o grau de participação das lideranças comunitárias e 23% a consideraram forte. Contudo, chama a atenção que 26% dos auxiliares/técnicos de enfermagem e 23% dos ACS, percentuais significativos de respondentes, afirmaram não saber informar o grau de participação das lideranças comunitárias no levantamento de informações sobre as condições de vida e saúde da comunidade.

**Tabela 30 – E5 Presença das lideranças comunitárias no levantamento de informações sobre as condições de vida e saúde da comunidade informada por auxiliares/técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Grau de participação	ACS		Aux/Tec.Enfermagem	
	n	%	n	%
Forte	29	20,7	17	23,6
Fraca	51	36,4	26	36,1

Não houve participação das lideranças	27	19,3	10	13,9
Não sabe informar	33	23,6	19	26,4
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100,0</b>	<b>72</b>	<b>100,0</b>

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

Outra questão formulada para os profissionais das ESF foi quanto à frequência de iniciativas conjuntas entre as equipes e a população voltadas para o desenvolvimento comunitário que estivessem em funcionamento. Mais da metade dos médicos (59%) entrevistados em Florianópolis respondeu que poucas vezes ou nunca a equipe de Saúde realiza tais atividades, embora 28% tenham afirmado que realiza sempre ou na maioria das vezes. Entre os enfermeiros 50% afirmaram que poucas vezes ou nunca a ESF realiza atividades em conjunto com a população direcionadas para o desenvolvimento comunitário, mas um alto percentual dessa categoria (41%) afirmou que sempre ou na maioria das vezes realiza tais atividades.

**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, Florianópolis (SC), 2008**

Frequência de iniciativas	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sempre	5	8,2	7	10,0	12	9,2
Na maioria das vezes	12	19,7	22	31,4	34	26,0
Poucas vezes	29	47,5	29	41,4	58	44,3
Nunca	7	11,5	6	8,6	13	9,9
Não sabe informar	8	13,1	6	8,6	14	10,7
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>	<b>131</b>	<b>100,0</b>

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

A ação dos ACS é diversificada. Para 39% dos ACS as iniciativas realizadas pela equipe em conjunto com a população ocorrem poucas vezes ou nunca, e para 36% as iniciativas conjuntas acontecem sempre ou na maioria das vezes. O mesmo ocorre entre os auxiliares/técnicos de enfermagem, 43% afirmaram que iniciativas realizadas pela equipe em conjunto com a população acontecem sempre ou na maioria das vezes e 40% responderam que poucas vezes ou nunca tais iniciativas são realizadas, sugerindo diversidade na atuação das equipes. Vale ainda destacar que 24% dos ACS e 16% dos auxiliares/técnicos de enfermagem não souberam informar a frequência das iniciativas em funcionamento realizadas pelas equipes em conjunto com a população voltadas para o desenvolvimento comunitário.

**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 de Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Frequência de iniciativas	ACS		Aux/Tec.Enfermagem	
	n	%	n	%
Sempre	21	15,0	6	8,3
Na maioria das vezes	30	21,4	25	34,7
Poucas vezes	44	31,4	26	36,1
Nunca	11	7,9	3	4,2
Não sabe informar	34	24,3	12	16,7
Total	140	100,0	72	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 dos membros familiares em reuniões ou atividades comunitárias e/ou coletivas. Como se pode verificar na tabela abaixo, a grande maioria dos entrevistados (percentual acima de 78%) declarou não participar de nenhum grupo ou organizações listados, à exceção dos grupos religiosos, nos quais 36% afirmaram participar sempre ou na maioria das vezes.

**Tabela 33 – Q1 Participação das famílias cadastradas em reuniões ou atividades comunitárias/coletivas, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Grupos comunitários	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Ninguém participa		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupos Religiosos	220	27,9	61	7,7	117	14,8	384	48,7	7	0,9
Grupos culturais ou associações esportivas	96	12,2	33	4,2	37	4,7	615	77,9	8	1,0
Grupos de ajuda mútua do tipo AA	17	2,2	3	0,4	7	0,9	752	95,3	10	1,3
Associações de moradores	29	3,7	16	2,0	35	4,4	702	89,0	7	0,9
Partidos políticos	7	0,9	3	0,4	13	1,6	757	95,9	9	1,1
Cooperativas	4	0,5	5	0,6	14	1,8	759	96,2	7	0,9
Grupos de saúde, de hipertensos, diabéticos, gestantes	23	2,9	6	0,8	20	2,5	733	92,9	7	0,9

n = 789 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 ESF quanto das famílias cadastradas em fóruns de formulação de políticas de saúde, especialmente no Conselho Municipal e Saúde.

Aos profissionais das ESF foi perguntado se participam regularmente de fóruns de formulação da política de saúde e, nos casos afirmativos, quais seriam esses fóruns. Como se pode observar nas tabelas E12 e E12a, a grande maioria dos profissionais das ESF de todas as categorias declarou não participar de nenhum fórum dessa natureza.

Dentre as categoriais profissionais, a menor participação foi declarada pelos auxiliares/técnicos de enfermagem (80% não participam), enquanto a maior participação foi dos médicos (28% afirmaram participar), seguida pelos enfermeiros (27%).

**Tabela 34 – E12 Participação regular em outros fóruns de formulação da política e ações de saúde informada pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Frequência de Iniciativas	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	17	27,9	18	25,7	35	26,7
Não	41	67,2	52	74,3	93	71,0
Não respondeu	3	4,9	0	,0	3	2,3
Total	61	100,0	70	100,0	131	100,0

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

**Tabela 35 – E12a Participação regular em outros fóruns de formulação da política e ações de saúde informada pelos ACS e auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Frequência de iniciativas	ACS		Aux/Tec.Enfermagem	
	n	%	n	%
Sim	28	20,0	10	13,9
Não	101	72,1	58	80,6
Não respondeu	11	7,9	4	5,6
Total	140	100,0	72	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 políticas e de ações de saúde, a maior participação declarada pelos médicos foi na Conferência Municipal de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde (12% em cada fórum). Entre os enfermeiros, 23% declararam participar da Conferência Municipal de Saúde e 10% de fóruns intersetoriais.

**Tabela 36 – E13 Participação regular em fóruns de formulação da política e de ações de saúde informados pelos médicos e enfermeiros Estratégia de Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Participação regular em fóruns	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
1 - Conselho Municipal de Saúde	7	11,5	4	5,7	11	8,4
2 - Conselho Distrital de Saúde	1	1,6	0	0,0	1	0,8
3 - Conferência Municipal de Saúde	7	11,5	16	22,9	23	17,6
4 - Conferência Estadual de Saúde	1	1,6	2	2,9	3	2,3
5 - Conferência Nacional de Saúde	1	1,6	1	1,4	2	1,5
6 - Plenárias de Conselheiros de Saúde	1	1,6	3	4,3	4	3,1
7 - Fóruns intersetoriais	4	6,6	7	10,0	11	8,4
8 – Outros	5	8,2	1	1,4	6	4,6

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008  
n = 61 médicos e n = 70 enfermeiros

A participação dos ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem em fóruns de formulação da política e de ações de saúde também é pouco expressiva. Conforme pode ser observado na tabela E13 somente 14% dos ACS afirmou participar na Conferência Municipal de Saúde e 12% no Conselho Municipal de Saúde. Entre os auxiliares/técnicos de enfermagem o número de profissionais que participam regularmente de tais fóruns é ainda menor: somente 4 declaram participar na Conferência Municipal de Saúde e outros 4 no Conselho Municipal de Saúde, fóruns mais citados por esta categorial profissional.

**Tabela 37 – E13 Participação em fóruns de formulação da política e de ações de saúde informados pelos ACS e auxiliares/ técnicos de enfermagem que participam regularmente, Florianópolis (SC), 2008**

Participação em fóruns	ACS		Aux/Tec.Enfermagem	
	n	%	n	%
1 - Conselho Municipal de Saúde	17	12,1	4	40,0
2 - Conselho Distrital de Saúde	2	1,4	1	10,0
3 - Conferência Municipal de Saúde	20	14,3	4	40,0
4 - Conferência Estadual de Saúde	3	2,1	-	-
5 - Conferência Nacional de Saúde	2	1,4	1	10,0
6 - Plenárias de Conselheiros de Saúde	10	7,1	2	20,0
7 - Fóruns intersetoriais	3	2,1	3	30,0
8 – Outros	6	4,3		

n = 140 ACS.; n = 10(Sim/E12)

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

Entre as famílias cadastradas, a pesquisa procurou saber seu conhecimento e participação no Conselho Municipal de Saúde. A maioria dos respondentes (65%) informou não conhecer ou ter ouvido falar do Conselho Municipal de Saúde. Dentre os

que afirmaram conhecer o Conselho Municipal de Saúde, apenas 7% mencionaram participar desse fórum.

**Tabela 38 – Q2Q3 Conhecimento e participação das famílias cadastradas no Conselho Municipal de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Conhecimento e participação no Conselho Municipal de Saúde	n	%
Conhece ou já ouviu falar		
Sim	274	34,7
Não	512	64,9
Não respondeu	3	0,4
Algun morador da residência participa*		
Sim	18	6,6
Não	253	92,3
Não respondeu	3	1,1

\*Observação: n= 274 famílias que responderam ter 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

A maior parte das USF contam com Conselhos Locais de Saúde (CLS): a maioria dos profissionais das ESF, de todas as categoriais, confirmou sua existência. Dentre as categoriais profissionais, foram os enfermeiros que apresentaram maior proporção (64%) de respondentes que afirmaram a existência de Conselho Local de Saúde, seguido por ACS (60%), auxiliares/técnicos de enfermagem (58%) e médicos (54%).

**Tabela 39 – E8 Existência de Conselho Local de Saúde informada pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Existência de CLS	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	33	54,1%	45	64,3%	78	59,5%
Não	26	42,6%	24	34,3%	50	38,2%
Não Respondeu	2	3,3%	1	1,4%	3	2,3%
Total	61	100,0%	70	100,0%	131	100,0%

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

**Tabela 40 – E8 Existência de Conselho Local de Saúde informada pelos ACS e auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Existência de Conselhos Locais de Saúde	ACS		Aux/Tec.Enfermagem	
	n	%	n	%
Sim	84	60,0	42	58,3
Não	39	27,9	24	33,3
Não sabe informar	17	12,1	6	8,3
Total	140	100,0	72	100,0

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

A participação dos profissionais das ESF nos CLS é elevada. Entre os profissionais que informaram a existência de CLS em sua USF, a maioria dos médicos (80%), enfermeiros (78%) e auxiliares/técnicos de enfermagem (83%) declarou que algum membro da ESF participa como membro efetivo do Conselho Local de Saúde.

**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, Florianópolis (SC), 2008**

Participação como membro efetivo	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	28	80,0	36	78,3	64	79,0
Não	4	11,4	9	19,6	13	16,0
Não Respondeu	3	8,6	1	2,2	4	4,9
Total	35	100,0	46	100,0	81	100,0

n = 33 Médicos e n = 44 Enfermeiros que afirmaram a existência de CLS

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, Florianópolis (SC), 2008**

Participação como membro efetivo	n	%
Sim	35	83,3
Não	6	14,3
Não Respondeu	1	2,4
Total	42	100,0

n = 42(Sim/E8)

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

Aos ACS que informaram a existência de CLS em sua USF foi perguntada a periodicidade de sua participação no Conselho Local de Saúde. Quase a metade dos respondentes (49%) declarou participar ocasionalmente do CLS ao passo que 32% afirmaram participar sempre. No entanto, outros 18% declararam nunca participar do Conselho Local de Saúde.

**Tabela 43 – E8 Participação dos Agentes Comunitários de Saúde no Conselho Local de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Periodicidade da participação	n	%
Sempre	27	32,1
Ocasionalmente	41	48,8
Nunca participa	15	17,9
Não respondeu	1	1,2
Total	84	100,0

n = 84 ACS que disseram existir um conselho local de saúde

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



Dos 69 ACS que afirmaram participar do Conselho Local de Saúde, a maioria (35%) o faz na qualidade de observador, seguido pelos que representam a ESF (33%) e por aqueles que representam a comunidade (19%).

**Tabela 44 – E9 Categoria de participação dos ACS no Conselho Local de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Categoriais	n	%
Representante da Equipe de Saúde da Família	23	33,3
Observador	24	34,8
Representante da comunidade	13	18,8
Outro	9	13,0
Total	69	100,0

n = 69 ACS que disseram participar sempre ou ocasionalmente do conselho local de saúde.

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

Foi solicitado aos profissionais das ESF que afirmaram a existência de Conselhos Locais de Saúde, que avaliassem o grau de relevância desse fórum para o desenvolvimento das condições de saúde da comunidade. Grande parte dos médicos (57%) e dos enfermeiros (70%) avaliou o CLS como relevante ou muito relevante, mas 23% dos médicos e 24% dos enfermeiros consideram esse fórum pouco ou nada relevante.

**Tabela 45 – E10 Avaliação dos trabalhos do Conselho Local de Saúde para desenvolvimento de condições de saúde da comunidade, informada pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Avaliação	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Muito relevante	9	25,7	19	41,3	28	34,6
Relevante	11	31,4	13	28,3	24	29,6
Pouco relevante	7	20,0	5	10,9	12	14,8
Nada relevante	1	2,9	6	13,0	7	8,6
Não sabe avaliar	4	11,4	2	4,3	6	7,4
Não Respondeu	3	8,6	1	2,2	4	4,9
Total	35	100,0	46	100,0	81	100,0

n = 33 Médicos e n = 44 Enfermeiros que afirmaram a existência de CLS

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

Os trabalhos do Conselho Local de Saúde para o desenvolvimento de condições de saúde da comunidade foram avaliados como relevantes ou muito relevantes por 68% dos ACS e por 67% dos auxiliares/técnicos de enfermagem. Todavia, 24% dos ACS e 24% dos auxiliares/técnicos de enfermagem, tenham avaliado como pouco ou nada relevante o trabalho dos CLS. Vale destacar ainda que 19% dos auxiliares/técnicos de

enfermagem não souberam avaliar.

**Tabela 46 – E10 Avaliação dos trabalhos do Conselho Local de Saúde para desenvolvimento de condições de saúde da comunidade, informada pelos ACS e auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Avaliação	ACS		Aux./Tec.Enfermagem	
	n	%	n	%
Muito relevante	22	31,9	7	16,7
Relevante	25	36,2	17	40,5
Pouco relevante	13	18,8	9	21,4
Nada relevante	4	5,8	1	2,4
Não sabe avaliar	4	5,8	8	19,0
Não Respondeu	1	1,4	-	-
Total	69	100,0	42	100,0

n = 42 aux/técnicos enfermagem; n = 69 ACS que disseram participar sempre ou ocasionalmente do conselho local de saúde.

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, a maior parte dos médicos afirmou a existência de conflito, sendo que 34% declararam haver pouco conflito, 26% assinalaram existência de conflito e 14% afirmaram a existência de muito conflito. Somente 6% dos médicos afirmaram não existir conflito nos trabalhos do CLS. Da mesma forma, 73% dos enfermeiros declararam a existência de conflito nos trabalhos do Conselho Local de Saúde, sendo que 48% assinalaram a existência de pouco conflito e 9% a existência de muito conflito. Somente 9% afirmaram não haver conflito em tais trabalhos. É importante ressaltar ainda que 11% dos médicos e 13% dos enfermeiros não souberam avaliar.

**Tabela 47 – E11 Avaliação da existência de conflito nos trabalhos do Conselho Local de Saúde, informada pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Avaliação	Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sem conflito	2	5,7	4	8,7	6	7,4
Com pouco conflito	12	34,3	22	47,8	34	42,0
Com conflito	9	25,7	9	19,6	18	22,2
Com muito conflito	5	14,3	4	8,7	9	11,1
Não sabe avaliar	4	11,4	6	13,0	10	12,3
Não respondeu	3	8,6	1	2,2	4	4,9
Total	35	100,0	46	100,0	81	100,0

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

Entre os ACS, 49% afirmaram que há pouco conflito e 20% que há conflito nos trabalhos dos Conselhos Locais de Saúde, e 23% declaram a inexistência de conflitos em tais trabalhos. Cabe destacar que nenhum ACS declarou haver muito conflito.

Entre os auxiliares/técnicos de enfermagem, 24% não souberam avaliar a existência de conflitos nos trabalhos do CLS, enquanto 22% identificaram a existência de pouco conflito, 7% de conflito e 1% de muito conflito. Cerca de 4% dos auxiliares/ técnicos de enfermagem avaliaram que não existem conflitos nos trabalhos do Conselho Local de Saúde.

**Tabela 48 – E11 Avaliação de conflito nos trabalhos do Conselho Local de Saúde, informada pelos ACS e auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Avaliação	ACS		Aux/Tec.Enfermagem	
	n	%	n	%
Sem conflito	16	23,2	3	4,2
Com pouco conflito	34	49,3	16	22,2
Com conflito	14	20,3	5	6,9
Com muito conflito	0	0,0	1	1,4
Não sabe avaliar	4	5,8	17	23,6
Não respondeu	1	1,4	0	0,0
Total	69	100,0	42	100,0

n = 42 Auxiliares (Sim/E8)

n = 69 ACS que disseram participar sempre ou ocasionalmente do 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 conhecer o seu grau de conhecimento e de participação no CLS. A maioria (79%) declarou não conhecer o CLS enquanto somente 19% afirmaram conhecer esse colegiado.

Dentre as famílias que declararam conhecer o Conselho Local de Saúde, 85% afirmaram não participar, enquanto que os participantes totalizaram somente 14% dos respondentes, o que equivale a menos de 3% das famílias entrevistadas pela pesquisa.

**Tabela 49 – Q4Q5 Conhecimento e Participação do Conselho Local de Saúde no seu Posto/Unidade Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Conhecimento e participação no Conselho Local de Saúde	n	%
Conhece ou já ouviu falar		
Sim	147	18,6
Não	625	79,2
Não respondeu	17	2,2
Algum morador da residência participa*		
Sim	21	14,3
Não	125	85,0
Não respondeu	1	0,7

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

Observação \* n = 147 famílias que responderam ter ouvido falar do Conselho Local de Saúde

### 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. Aproximadamente a metade dos respondentes (46%) afirmou não saber a quem recorrer.

Entre as opções sobre quem se dirigir em caso de reclamação, queixa ou denúncia, a mais assinalada pelas famílias cadastradas foi a Secretaria Municipal de Saúde (26%), seguida pelos profissionais de saúde (8%).

Embora com percentuais menores, a Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde (6%), os meios de comunicação (4%) e a Secretaria de Estado de Saúde (3%) também foram locais mencionados para reclamar, denunciar ou se queixar sobre problemas nos serviços de saúde.

**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, Florianópolis (SC), 2008**

A quem recorrer	n	%
Secretaria Municipal de Saúde	202	25,6
Profissionais de saúde	66	8,4
Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde	44	5,6
Meios de comunicação (jornal, rádio, Tv)	30	3,8
Secretaria Estadual de Saúde	25	3,2
Órgãos de defesa do consumidor	8	1,0
Outras Secretarias que não são do setor saúde	3	0,4
Caixa de reclamações/ sugestões dos serviços de saúde	3	0,4
Outros	41	5,2
Não sabe a quem recorrer	364	46,1
Não respondeu	3	0,4
Total	789	100,0

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

Aos responderem a pergunta se algum membro da família já recorreu em caso de denúncia ou queixa sobre problemas ocorridos nos serviços de saúde, a grande maioria afirmou que não (92%).

Embora mencionados por somente 16 pessoas, o que representa 2% do total dos entrevistados, a Secretaria Municipal de Saúde foi a opção mais mencionada pelas

famílias cadastradas que fizeram queixas referentes a problemas ocorridos nos serviços de saúde.

**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, Florianópolis (SC), 2008**

A quem fizeram queixa	n	%
Profissionais de saúde	13	1,6
Secretaria Municipal de Saúde	16	2,0
Secretaria Estadual de Saúde	1	0,1
Meios de comunicação (jornal, rádio, Tv)	3	0,4
Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde	13	1,6
Outros	13	1,6
Não fez reclamações	726	92,0
Não respondeu	4	0,5
<b>Total</b>	<b>789</b>	<b>100,0</b>

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 atividades em grupo. Na segunda parte é analisado o acompanhamento de condições de saúde e 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)**

Entre as 789 famílias pesquisadas em Florianópolis, 398 (50%) informaram conhecer o Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável por sua área de moradia. Entre as 469 famílias com experiência de atendimento pela Estratégia de Saúde da Família esse número significa que 85% delas conheciam o ACS de sua área. Já haviam sido atendidas ou visitadas pelo ACS 380 famílias, isto é, 48% do total de famílias pesquisadas, e 95% desses entrevistados afirmaram conhecer o ACS.

A avaliação sobre o acompanhamento realizado pelos ACS foi feita apenas pelos informantes que já tinham a experiência de atendimento ou de visita do ACS (380). Sessenta e seis por cento das famílias informaram que o ACS de sua área de moradia visita o domicílio no mínimo uma vez por mês e cerca de 9% recebem visita do ACS a cada dois meses. Porém, 6% dos entrevistados informaram não receber visitas do ACS regularmente e 9% não souberam informar.

**Tabela 1 – G3 Frequência de visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde da área de moradia, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Frequência de visita ACS	n	%
O domicílio foi cadastrado há menos de 2 meses	7	1,8
Mais de uma vez por mês	65	17,1
Mensalmente	185	48,7
A cada dois meses	35	9,2
Não recebe visitas regularmente	23	6,1
Uma vez por ano	6	1,6
Nunca recebeu	1	0,3
Não sabe informar	35	9,2
Outro	23	6,1
Total	380	100,0

Observação: n = 380 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, sobre comportamentos saudáveis ou perguntas a respeito das condições de saúde dos moradores. Outras ações estão relacionadas 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 380 entrevistados que informaram ter sido atendidos ou visitados pelo ACS da área de moradia assinalaram que, nos últimos 12 meses, os ACS durante a visita domiciliar realizaram os seguintes tipos de cuidados de ordem geral (em ordem decrescente): para 89% das famílias perguntaram sobre problemas de saúde dos moradores; 65% receberam orientações relacionadas a comportamentos saudáveis, 63% receberam orientações sobre prevenção da dengue; e 53% sobre saúde das mulheres. Em quarenta e um por cento dos domicílios visitados pelos ACS nos últimos 12 meses foram dadas orientações sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Aids.

Entre as 280 famílias com integrante que precisou de assistência médica, em 52% das visitas os ACS forneceram alguma informação relativa ao encaminhamento para serviços de saúde; entre as 292 famílias que tinham consultas marcadas, em 55% os

ACS lembraram a data da consulta marcada; e entre as 241 famílias que faltaram à consulta, em 45% os ACS efetuaram a busca dos faltosos às consultas agendadas.

O acompanhamento dos portadores de doenças crônicas como hipertensão e diabetes foi realizado pelos ACS em 61% das visitas nos últimos 12 meses em domicílios com integrantes portadores dessas patologias (190). Em 65% dos domicílios com crianças (153) os ACS deram orientações sobre cuidados de saúde infantil; em 80% verificaram o cartão de vacinação; e, em 61% realizaram o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças.

Metade das famílias com gestantes (33) informaram que os ACS realizaram o encaminhamento ao pré-natal durante as visitas domiciliares, da mesma forma, metade das famílias com idosos (70) receberam dos ACS orientações sobre como cuidá-los.

Uma análise do conjunto de atividades realizadas pelos ACS nas visitas domiciliares permite identificar que entre as mais realizadas (60% ou mais) nos domicílios de Florianópolis encontram-se algumas de ampla abrangência como perguntas sobre problemas de saúde dos moradores e orientações sobre comportamentos saudáveis, mas também orientações específicas relacionadas ao acompanhamento dos portadores de doenças como hipertensão e diabetes; a prevenção da dengue; e ao cuidado com a saúde infantil como orientação sobre o soro caseiro, acompanhamento do crescimento das crianças, e verificação do cartão de vacinação.

Entre as atividades realizadas pelos ACS durante as visitas domiciliares para menos da metade das famílias pesquisadas em Florianópolis estão: busca dos faltosos às consultas agendadas; e orientação sobre prevenção de DST/Aids.



**Tabela 2 – G6 Tipos de cuidados realizados por Agentes Comunitários de Saúde nos últimos 12 meses, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Tipos de cuidados	Sim		Não		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Perguntas sobre problemas de saúde dos moradores	339	89,2%	37	9,7%	4	1,1%	380	100,0%
Orientações para os adultos sobre comportamentos saudáveis (como não fumar, controlar o peso, comer frutas e vegetais, não beber excessivamente)	249	65,5%	126	33,2%	5	1,3%	380	100,0%
Orientações sobre prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS	155	40,8%	218	57,4%	7	1,8%	380	100,0%
Orientações sobre prevenção da Dengue	238	62,6%	133	35,0%	9	2,4%	380	100,0%
Orientação sobre saúde da mulher (como planejamento familiar, prevenção de câncer de colo de útero e de mama, menopausa)	201	52,9%	170	44,7%	9	2,4%	380	100,0%
Orientações sobre cuidados de saúde infantil (como soro caseiro em caso de desidratação infantil, aleitamento materno, suplementação alimentar, etc.)	100	65,4%	47	30,7%	6	3,9%	153	100,0%
Acompanhamento do crescimento das crianças do domicílio (medidas de peso e altura)	92	60,9%	49	32,5%	10	6,6%	151	100,0%
Verificação do cartão de vacinação das crianças	121	76,6%	27	17,1%	10	6,3%	158	100,0%
Acompanhamento dos portadores de doenças como hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase	116	60,7%	66	34,6%	8	4,2%	190	100,0%
Encaminhamento de gestantes ao pré-natal	33	50,0%	24	36,4%	9	13,6%	66	100,0%
Encaminhamento para serviços de saúde	147	52,5%	123	43,9%	10	3,6%	280	100,0%
Lembrar data das consultas marcadas	162	55,5%	122	41,8%	8	2,7%	292	100,0%
Busca dos faltosos às consultas agendadas	108	44,8%	125	51,9%	8	3,3%	241	100,0%
Orientação de familiares para cuidar de idosos	70	50,0%	64	45,7%	6	4,3%	140	100,0%

n = 380 entrevistados que informaram ter sido atendidos ou visitados pelo Agente Comunitário de Saúde da área de moradia

Observações: \* n = 151 famílias com crianças no domicílio; \*\*n 190= famílias com integrantes portadores de hipertensão, diabetes, tuberculose ou hanseníase; \*\*\* n =66 famílias com gestantes no domicílio; \*\*\*\* n =280 famílias com integrante que precisou de assistência médica; \*\*\*\*\* n = 140 famílias com idosos no domicílio.

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

Trinta e um por cento dos entrevistados relataram ter sido (ou alguém de sua família) convidados pelo ACS, nos últimos 12 meses, a participar de atividades em grupo: 119 famílias, 31% das 380 que foram atendidas ou visitadas pelo ACS de sua área de moradia, mas apenas 15% do total de famílias pesquisadas.

Entre as atividades de grupo mais frequentes para as quais as 119 famílias foram convidadas pelo ACS a participar estavam as relacionadas com: hipertensos (43%), diabéticos (27%), terceira idade (18%), caminhadas e exercícios físicos (14%) e gestantes (13%).

**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, Florianópolis (SC), 2008**

Atividade em grupo	n	%
Hipertensos	51	42,9
Diabéticos	32	26,9
Terceira Idade	21	17,6
Caminhadas, exercícios físicos	17	14,3
Gestantes	15	12,6
Adolescentes	3	2,5
Artesanato	1	0,8
Outros	25	21,0

n = 119 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

Entre as 789 famílias cadastradas no PSF entrevistadas em Florianópolis, 87% informaram a existência de portadores de doenças crônicas, sendo as mais frequentes: hipertensão arterial (35%), diabetes (14%), doença mental (4%), obesidade (3%), deficiência física (3%) e problemas de alcoolismo (2%).

**Tabela 4 – H1-10.1 Famílias e moradores com doenças crônicas, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Doenças	Famílias		Moradores	
	n	%	n	%
Hipertensão arterial	273	34,6	326	12,2
Diabetes	112	14,2	122	4,6
Doença mental	35	4,4	37	1,4
Obesidade	27	3,4	35	1,3
Portador de deficiência física	23	2,9	23	0,9
Problema de alcoolismo	13	1,7	14	0,5
Desnutrição	7	0,9	7	0,3
Hanseníase	3	0,4	3	0,1
Outro problema crônico de saúde	190	24,1	172	6,4

Observação: 789 famílias cadastradas no PSF entrevistadas correspondendo a 2670 moradores

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

## 3. ACOMPANHAMENTO DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

Em Florianópolis, 273 famílias, ao redor de 35% das pesquisadas no município, informaram a existência de um integrante com hipertensão arterial, totalizando 326

hipertensos ou 12% dos moradores. Cerca de 13% das famílias informaram a existência de hipertensos sem qualquer acompanhamento.

Oitenta e oito por cento dos portadores de hipertensão (288) estavam sob acompanhamento de saúde, a maior parte dos quais (55%) pela Equipe de Saúde da Família (ESF) e 24% 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, Florianópolis (SC), 2008**

Acompanhamento ou tratamento	n	%
Sim, todas	158	20,0
Sim, algumas	78	9,9
Não	25	3,2
Não há hipertensos	516	65,4
Não respondeu	12	1,5
Total	789	100,0

n = 789 famílias cadastradas no PSF entrevistadas;

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

**Tabela 6 – I1.2 Portadores de hipertensão arterial em tratamento ou sob acompanhamento, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Acompanhamento ou tratamento	n	%
Sim	288	88,3
Não	37	11,4
Não respondeu	1	0,3
Total	326	100,0

n = 326 portadores de hipertensão arterial

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

**Tabela 7 – IA Local de tratamento para hipertensão arterial, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Local de tratamento	n	%
Agente Comunitário de Saúde	6	2,1
Posto/Unidade de Saúde da Família do SUS	154	53,5
Posto ou Centro de Saúde SUS	13	4,5
Policlínica ou PAM (Posto de Assistência Médica) SUS	9	3,1
Ambulatório de hospital	21	7,3
Consultório de clínica ou ambulatório de hospital privado	46	16,0
Pronto-socorro ou emergência público	2	0,7
Consultório particular	22	7,6
Outro	15	5,2
Total	288	100,0

n = 288 moradores que possuem hipertensão (pressão alta) com acompanhamento

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 (84%). Cerca de 35% dos hipertensos eram acompanhados no mínimo uma vez por mês; as demais

freqüências de atendimento mais comuns eram a cada três meses (37%), a cada seis meses (10%) e a cada dois meses (7%).

**Tabela 8 – IIC Freqüência do tratamento ou acompanhamento de portadores de hipertensão arterial, Florianópolis (SC), 2008**

Freqüência	n	%
Todas as semanas	13	4,5
De 15 em 15 dias	20	6,9
1 vez no mês	69	24,0
A cada 2 meses	21	7,3
A cada 3 meses	105	36,5
A cada 6 meses	29	10,1
Uma vez por ano	12	4,2
Um tempo maior que um ano	6	2,1
Nunca	3	1,0
Outro	7	2,4
Não respondeu	3	1,0
Total	288	100,0

n = 288 moradores que possuem hipertensão (pressão alta) com acompanhamento

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

Os 160 hipertensos sob acompanhamento pela Equipe de Saúde da Família (ESF) eram atendidos mais freqüentemente pelo médico (81%).

**Tabela 9 – IID Profissional da Equipe de Saúde da Família que atende mais freqüentemente portadores de hipertensão arterial, Florianópolis (SC), 2008**

Profissional	n	%
Médico	130	81,3
Enfermeiro	13	8,1
Auxiliar de enfermagem	8	5,0
Agente Comunitário de Saúde	1	0,6
Não respondeu	8	5,0
Total	160	100,0

n = 160 moradores hipertensos que fazem tratamento/acompanhamento no Posto/USF

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 (123). Ao redor de 40% dos hipertensos entrevistados relataram receber da ESF, no mínimo uma vez por mês, orientações individuais, e 43% a cada dois ou três meses, totalizando 83% dos entrevistados com hipertensão que recebem pelo menos a cada três meses orientações individuais. Em relação à freqüência de participação em grupos de hipertensos coordenados pela ESF verificou-se que 5% participam pelo menos uma vez por mês, 7% a cada dois ou três meses, mas 79% afirmaram nunca freqüentar.

A maioria dos entrevistados hipertensos nunca participou de atividades promovidas pela ESF como caminhadas, terapias ocupacionais etc. (86%). Medicamentos são fornecidos aos hipertensos mensalmente (63%) e a cada dois ou três meses (28%); mais da metade realiza consulta médica a cada dois ou três meses (54%) e 29% recebem a consulta no mínimo uma vez por mês, totalizando 83% que passam por consultas médicas, no mínimo, uma vez a cada três meses.

Embora, 16% tenham afirmado que recebem consultas de enfermagem no mínimo uma vez por mês e 17% a cada dois ou três meses, a metade dos informantes portadores de hipertensão arterial declarou nunca ter recebido tal consulta.

Verifica-se, portanto, que o acompanhamento realizado pela ESF em Florianópolis aos hipertensos caracteriza-se por oferecer, no mínimo uma vez a cada três meses, medicamentos para 92% dos hipertensos, consultas médicas a 83% e orientações individuais a 83% dos portadores de hipertensão arterial.

Nessa cidade, apenas 11% dos hipertensos participam no mínimo uma vez a cada três meses em grupos coordenados pela ESF e 5% de atividades de promoção de saúde.

As orientações individuais, o fornecimento de medicamentos são atividades com percentual maior de frequência mínima mensal (40% ou mais) e as consultas médicas, com frequência maior a cada dois e três meses (acima de 50%). No entanto, as atividades de grupo coordenadas pelo ESF, as consultas de enfermagem e as atividades de promoção da saúde nunca foram prestadas para 50% ou mais dos informantes portadores de hipertensão arterial sob acompanhamento da equipe.

**Tabela 10 – I2-I7 Atendimento prestado pela Equipe de Saúde da Família aos informantes portadores de hipertensão arterial, Florianópolis (SC), 2008**

Tipo de Atividades	Todas as semanas		De 15 em 15 dias		Uma vez no mês		A cada 2 meses		A cada 3 meses		A cada 6 meses		Uma vez por ano		Um tempo maior que um ano		Nunca		Outro		NR		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Frequência de orientações individuais dadas por profissionais da ESF	12	9,8	4	3,3	33	26,8	8	6,5	45	36,6	8	6,5	0	0,0	0	0,0	4	3,3	2	1,6	7	5,7	123	100,0
Frequência de participação de grupos de hipertensos coordenados pelos profissionais da ESF	1	0,8	2	1,6	3	2,4	4	3,3	4	3,3	3	2,4	0	0,0	2	1,6	97	78,9	1	0,8	6	4,9	123	100,0
Frequência de fornecimento de remédios pela ESF	1	0,8	0	0,0	77	62,6	15	12,2	20	16,3	1	0,8	0	0,0	0	0,0	3	2,4	0	0,0	6	4,9	123	100,0
Frequência de consultas médicas da ESF	0	0,0	3	2,4	33	26,8	8	6,5	58	47,2	7	5,7	0	0,0	0	0,0	5	4,1	3	2,4	6	4,9	123	100,0
Frequência de consultas de enfermagem da ESF	4	3,3	2	1,6	14	11,4	5	4,1	16	13,0	5	4,1	0	0,0	4	3,3	62	50,4	5	4,1	6	4,9	123	100,0
Frequência de participação em atividades promovidas pelos profissionais da ESF como caminhadas e terapias ocupacionais	2	1,6	0	0,0	2	1,6	1	0,8	1	0,8	2	1,6	0	0,0	2	1,6	106	86,2	1	0,8	6	4,9	123	100,0

n = 123 hipertensos informantes

#### 4. ACOMPANHAMENTO DE PORTADORES DE DIABETES

A prevalência de diabetes entre as famílias pesquisadas em Florianópolis é inferior à da hipertensão arterial: 112 famílias (14% das pesquisadas) confirmaram a existência de um integrante com a doença, totalizando 122 (4%) moradores diabéticos. Cerca de 7% das famílias informaram a existência de diabéticos sem qualquer acompanhamento.

**Tabela 11 – J1 Famílias com portadores de diabetes em tratamento ou sob acompanhamento de saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Acompanhamento ou tratamento	n	%
Sim, todas	54	6,8
Sim, algumas	40	5,1
Não	12	1,5
Não há diabéticos	677	85,8
Não respondeu	6	0,8
Total	789	100,0

n = 789 famílias cadastradas no PSF entrevistadas

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

Oitenta e sete por cento dos diabéticos encontravam-se sob acompanhamento de saúde. Dentre estes, 44% dos 106 portadores de diabetes em tratamento eram acompanhados pela ESF e 34% em unidades de saúde privadas.

**Tabela 12 – J1.2 Portadores de diabetes em tratamento ou sob acompanhamento, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Acompanhamento ou tratamento	n	%
Sim	106	86,9
Não	16	13,1
Total	122	100,0

n = 122 portadores de diabetes

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

**Tabela 13 – JA Local de tratamento para diabetes, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Local de tratamento	n	%
Posto/Unidade de Saúde da Família do SUS	47	44,3
Posto ou Centro de Saúde SUS	5	4,7
Policlínica ou PAM (Posto de Assistência Médica) SUS	4	3,8
Ambulatório de hospital	7	6,6
Consultório de clínica ou ambulatório de hospital privado	28	26,4
Pronto-socorro ou emergência público	2	1,9
Consultório particular	8	7,5
Outro	5	4,7
Total	106	100,0

n = 106 moradores com 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 (94%). Um terço (36%) era atendido a cada três meses, 37% eram acompanhados no mínimo uma vez por mês e 18% em intervalos superiores a seis meses.

**Tabela 14 – J1C Frequência do tratamento ou acompanhamento de portadores de diabetes, Florianópolis (SC), 2008**

Frequência	n	%
Todas as semanas	3	2,8
De 15 em 15 dias	5	4,7
1 vez no mês	31	29,2
A cada 2 meses	2	1,9
A cada 3 meses	38	35,8
A cada 6 meses	19	17,9
Uma vez por ano	3	2,8
Nunca	1	0,9
Outro	4	3,8
Não respondeu	3	2,8
Total	106	100,0

n = 106 moradores que possuem diabetes com acompanhamento

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

Os 47 diabéticos sob acompanhamento pela ESF eram atendidos mais frequentemente pelo médico (85%).

**Tabela 15 – J1D Profissional da Equipe de Saúde da Família que atende mais frequentemente portadores de diabetes, Florianópolis (SC), 2008**

Profissional	n	%
Médico	40	85,1
Enfermeiro	3	6,4
Auxiliar de enfermagem	1	2,1
Agente Comunitário de Saúde	2	4,3
Não respondeu	1	2,1
Total	47	100,0

n = 47 moradores diabéticos que fazem tratamento/acompanhamento no Posto/USF

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 (34). A maioria informou receber da ESF orientações individuais no mínimo mensalmente (50%) e a cada 2 ou 3 meses (38%). Grande parte (85%) nunca participou de grupos de diabéticos coordenados pela ESF. Apenas 3% dos diabéticos participavam de atividades de grupo mensalmente e 6% com intervalos seis 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 em 23% 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 50% nunca receberam esse tipo de consulta, 32% receberam, ou no mínimo uma vez por mês (9%), ou a cada dois ou três meses (23%). A maioria (88%) dos entrevistados portadores de diabetes nunca participou de atividades promovidas pela ESF como caminhadas, terapias ocupacionais etc.

O acompanhamento realizado pela ESF dos portadores de diabetes em Florianópolis concentra-se na oferta mensal de orientações individuais e no fornecimento mensal de medicamentos. Já as consultas médicas e de enfermagem são mais frequentes a cada dois e três meses. Vale ainda destacar que a participação dos diabéticos em atividades de grupo e de promoção de saúde é baixa.

**Tabela 16 – J2-J7 Atendimento prestado pela Equipe de Saúde da Família aos informantes portadores de diabetes, Florianópolis (SC), 2008**

Tipo de Atividade	Todas as semanas		De 15 em 15 dias		Uma vez no mês		A cada 2 meses		A cada 3 meses		A cada 6 meses		Uma vez por ano		Um tempo maior que um ano		Nunca		Outro		NR		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Frequência de orientações individuais dadas por profissionais da ESF	0	0,0	2	5,9	15	44,1	1	2,9	12	35,3	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,9	1	2,9	34	100,0
Frequência de participação de grupos de diabéticos coordenados por profissionais da ESF	0	0,0	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,9	1	2,9	0	0,0	29	85,3	0	0,0	1	2,9	34	100,0
Frequência de fornecimento de remédios pela ESF	1	2,9	1	2,9	23	67,6	1	2,9	6	17,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9	0	0,0	1	2,9	34	100,0
Frequência de consultas médicas da ESF	0	0,0	0	0,0	8	23,5	1	2,9	17	50,0	1	2,9	1	2,9	0	0,0	2	5,9	3	8,8	1	2,9	34	100,0
Frequência de consultas de enfermagem da ESF	0	0,0	0	0,0	3	8,8	2	5,9	6	17,6	0	0,0	1	2,9	3	8,8	17	50,0	1	2,9	1	2,9	34	100,0
Frequência de participação em atividades promovidas pelos profissionais da ESF como caminhadas e terapias ocupacionais	1	2,9	0	0,0	0	0,0	1	2,9	0	0,0	1	2,9	0	0,0	0	0,0	30	88,2	0	0,0	1	2,9	34	100,0

n = 34 diabéticos informantes

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 60 mulheres grávidas no momento da pesquisa ou mães de crianças menores de 2 anos, integrantes de 60 (8%) famílias cadastradas pesquisadas em Florianópolis. Entre as 60 gestantes pesquisadas, cinquenta e duas realizaram acompanhamento pré-natal e receberam o cartão de acompanhamento pré-natal. Cinco por cento das gestantes informaram não ter realizado pré-natal.

Entre as gestantes que afirmaram fazer o acompanhamento pré-natal (52), a maioria (77%) o iniciou no primeiro trimestre. Destaca-se, contudo que 10% não responderam a questão.

**Tabela 17 – M1 Famílias com integrantes grávidas ou mães de filho menor de 2 anos, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Grávidas ou mães de menor de 2 anos	n	%
Sim	60	7,6
Não	719	91,1
Não respondeu	10	1,3
Total	789	100,0

n = 789 famílias cadastradas no PSF entrevistadas

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

**Tabela 18 – M2 Realização de acompanhamento pré-natal, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Acompanhamento	n	%
Sim	52	86,7
Não	3	5,0
Não respondeu	5	8,3
Total	60	100,0

n = 60 moradoras grávidas ou que possuem filhos com menos de 2 anos

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

**Tabela 19 – M4.1 Mês de gestação em que iniciou o acompanhamento pré-natal, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Trimestre de início do acompanhamento pré-natal	n	%
1º trimestre	40	76,9
2º trimestre	7	13,5
3º trimestre	-	-
Não respondeu	5	9,6
Total	52	100,0

n = 52 moradoras grávidas ou que possuem filhos com menos de 2 anos sob acompanhamento

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

Cerca de 69% das gestantes pesquisadas realizavam ou tinham realizado o acompanhamento pré-natal com a ESF e 15% em unidades de saúde privadas. As consultas eram, em 94% dos casos, previamente marcadas e o acompanhamento realizado no mínimo mensalmente (88%).

**Tabela 20 – M5 Local do acompanhamento pré-natal, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Local de acompanhamento	n	%
Agente Comunitário de Saúde	1	1,9
Posto/Unidade de Saúde da Família do SUS	35	67,3
Posto ou Centro de Saúde SUS	1	1,9
Policlínica ou PAM (Posto de Assistência Médica) SUS	1	1,9
Ambulatório de hospital	3	5,8
Consultório de clínica ou ambulatório de hospital privado	5	9,6
Pronto-socorro ou emergência público	2	3,9
Consultório particular	3	5,8
Outro	1	1,9
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>

n = 52 moradoras grávidas ou que possuem filhos com menos de 2 anos sob acompanhamento

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

O acompanhamento pré-natal das 36 gestantes atendidas na Unidade de Saúde da Família era ou havia sido realizado principalmente pelo médico (89%), e poucas vezes pelo enfermeiro e auxiliar de enfermagem (6% cada).

**Tabela 21 – M7 Frequência do acompanhamento pré-natal, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Frequência	n	%
Todas as semanas	-	-
De 15 em 15 dias	4	7,7
1 vez no mês	42	80,8
A cada 2 meses	5	9,6
A cada 3 meses	-	-
A cada 6 meses	-	-
Uma vez por ano	-	-
Um tempo maior que um ano	-	-
Nunca	-	-
Outro	1	1,9
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>

n = 52 moradoras grávidas ou que possuem filhos com menos de 2 anos sob acompanhamento

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

**Tabela 22 – M8 Profissional da ESF que realiza o acompanhamento do pré-natal, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Profissional	n	%
Médico	32	88,9
Enfermeiro	2	5,6
Auxiliar de enfermagem	2	5,6
Agente Comunitário de Saúde	-	-
Dentista	-	-
Outro	-	-
Total	36	100,0

n = 36 moradoras grávidas que fazem (fizeram) o acompanhamento da gravidez no Posto/USF

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 feito apenas por informantes grávidas ou mães de criança menor de dois anos de idade que totalizaram 19 entrevistadas. Elas informaram receber orientações individuais no mínimo mensais (15); oito recebiam medicamentos mensalmente (42%) e quatro a cada dois ou três meses (21%); 8 tinham consultas médicas no mínimo uma vez por mês (58%) e a cada dois ou três meses (32%).

Quanto à consulta de enfermagem observaram-se dois grupos de frequência: 37% afirmaram que nunca receberam tal consulta e 42% informaram receber a consulta, sendo 16% mensalmente e seis (26%) a cada dois meses. A maioria (89%) afirmou nunca ter participado de atividades coletivas promovidas pela ESF como caminhadas, terapias ocupacionais etc, e nunca ter participado de grupos de gestantes orientados pela ESF (63%).

O acompanhamento pré-natal realizado pelas ESF em Florianópolis apresenta frequência mensal maior na orientação individual, no fornecimento de remédios e nas consultas médicas, embora estas duas últimas atividades com percentuais menores. No entanto, não oferece com frequência atividades coletivas como grupos de gestantes e outras atividades de promoção à saúde.

**Tabela 23 – M9-M14 Atendimento prestado pela Equipe de Saúde da Família durante a gravidez, Florianópolis (SC), 2008**

Tipo de Atividades	Todas as semanas		De 15 em 15 dias		Uma vez no mês		A cada 2 meses		A cada 3 meses		A cada 6 meses		Uma vez por ano		Um tempo maior que um ano		Nunca		Outro		NR		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Frequência das orientações individuais dadas pela ESF	0	0,0	1	5,3	14	73,7	3	15,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,3	19	100,0
Frequência de participação em grupos de gestantes orientados pela ESF	0	0,0	0	0,0	3	15,8	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	63,2	2	10,5	1	5,3	19	100,0
Frequência que recebe ou recebeu remédios fornecidos pela ESF	0	0,0	2	10,5	6	31,6	2	10,5	2	10,5	1	5,3	0	0,0	0	0,0	3	15,8	2	10,5	1	5,3	19	100,0
Frequência das consultas médicas	0	0,0	0	0,0	11	57,9	6	31,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,3	1	5,3	19	100,0
Frequência das consultas de enfermagem	0	0,0	0	0,0	3	15,8	4	21,1	1	5,3	0	0,0	1	5,3	0	0,0	7	36,8	2	10,5	1	5,3	19	100,0
Frequência de participação em atividades promovidas pela ESF como caminhadas, terapias ocupacionais e etc.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,3	0	0,0	17	89,5	0	0,0	1	5,3	19	100,0

n = 19 informantes grávidas ou com crianças com menos de 2 anos que fazem ou já fizeram acompanhamento pré-natal pela 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 53 famílias pesquisadas em Florianópolis (7%) existiam crianças menores de 2 anos, sendo que em cinco destas famílias as crianças não tinham qualquer acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento.

As 50 crianças nessa faixa etária com acompanhamento o realizavam predominantemente no Posto ou Unidade de Saúde da Família (82%), e ao redor de 18% eram atendidas em unidades de saúde particulares.

**Tabela 24 – N1 Famílias com criança menor de 2 anos sob acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, Florianópolis (SC), Estratégia Saúde da Família, 2008**

Acompanhamento	n	%
Sim, todas	32	4,1
Sim, algumas	16	2,0
Não	5	0,6
Não há crianças menores de dois anos	735	93,2
Não respondeu	1	0,1
Total	789	100,0

n = 789 famílias cadastradas no PSF entrevistadas

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

**Tabela 25 – N1.1 Famílias com criança menor de 2 anos sob acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Acompanhamento	n	%
Sim, todas	32	60,4
Sim, algumas	16	30,2
Não recebem acompanhamento	5	9,4
Total	53	100,0

n = 53 famílias com crianças menores de 2 anos

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

**Tabela 26 – N3 Local de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Local de acompanhamento	n	%
Agente Comunitário de Saúde	3	6,0
Posto/Unidade de Saúde da Família do SUS	37	74,0
Consultório de clínica ou ambulatório de hospital privado	4	8,0
Consultório particular	5	10,0
Não respondeu	1	2,0
Total	50	100,0

n = 50 crianças com menos de 2 anos com acompanhamento

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

Noventa e seis por cento das consultas para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento era realizado com agendamento e com frequência mínima mensal em 84% dessas crianças e a cada dois e três meses em 12% delas.

**Tabela 27 – N5 Frequência do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Frequência	n	%
Todas as semanas	1	2,0
De 15 em 15 dias	2	4,0
Uma vez no mês	39	78,0
A cada 2 meses	2	4,0
A cada 3 meses	4	8,0
A cada 6 meses	1	2,0
Não respondeu	1	2,0
Total	50	100,0

n = 50 crianças com menos de 2 anos com acompanhamento

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

Das 40 crianças acompanhadas pela ESF, somente 3 eram atendidas pelo médico da ESF. Segundo os moradores que possuem crianças com menos de 2 anos que fazem acompanhamento no Posto/USF, o crescimento e desenvolvimento são acompanhados por outros profissionais que não os da ESF.<sup>1</sup>

**Tabela 28 – N6 Profissional da Equipe de Saúde da Família que realiza o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, Florianópolis (SC), 2008**

Profissional	n	%
Médico	3	7,5
Enfermeiro	-	-
ACS	-	-
Outro	36	90,0
Não respondeu	1	2,5
Total	40	100,0

n = 40 moradores que possuem crianças com menos de 2 anos que fazem acompanhamento no Posto/USF

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

Grande parte (86%) das 50 crianças com menos de dois anos e com acompanhamento possuem o cartão de vacinação e de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

<sup>1</sup> Provavelmente o acompanhamento é realizado por pediatras de apoio presentes nos Centros de Saúde, contudo os pesquisadores de campo não especificaram este outro profissional.



## 7. ACOMPANHAMENTO DE IDOSOS OU DOENTES PERMANENTEMENTE ACAMADOS

Entre as 789 famílias pesquisadas em Florianópolis 11 (1%) informaram a existência de idoso ou doente permanentemente acamado. Entre estas nove recebiam atendimento domiciliar realizado por diversos profissionais da equipe de Saúde da Família: médico (78%), ACS (78%), enfermeiro (67%), e auxiliar de enfermagem (33%).

**Tabela 29 – L1 Famílias com idosos ou doentes permanentemente acamados, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Acamados	n	%
Sim	11	1,4
Não	767	97,1
Não respondeu	11	1,5
Total	789	100,0

n = 789 famílias cadastradas no PSF entrevistadas

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

**Tabela 30 – L2 Famílias com idosos ou doentes permanentemente acamados que recebem atendimento domiciliar, Estratégia de Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Acamados com atendimento domiciliar	n	%
Sim	9	81,8
Não	2	18,2
Total	11	100,0

n = 11 famílias com idosos ou doentes permanentemente acamados

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

**Tabela 31 – L3 Profissional da Equipe de Saúde da Família que realiza o atendimento domiciliar, Florianópolis (SC), 2008**

Profissional	n	%
Médico da Saúde Família	7	77,8
Enfermeiro da Saúde da Família	6	66,7
Auxiliar de enfermagem da Saúde da Família	3	33,3
Agente comunitário de saúde	7	77,8
Fisioterapeuta	-	-
Outro	1	11,1

n = 9 famílias que possuem pessoa idosa ou acamada na família 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 (89%) recebia atendimento domiciliar com frequência mínima mensal, e pouco mais de 10% dos acamados recebia atendimento domiciliar a cada seis meses.

**Tabela 32 – L4 Frequência do atendimento domiciliar, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Frequência	n	%
De 15 em 15 dias	4	44,4
Uma vez no mês	4	44,4
A cada 6 meses	1	11,2
Total	9	100,0

n = 9 famílias que possuem pessoa idosa ou acamada na família e que recebem atendimento domiciliar

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

## 8. SÍNTESE DO ACOMPANHAMENTO A GRUPOS PRIORITÁRIOS

Em Florianópolis, mais de 82% das situações de vida e condições de saúde pesquisadas são acompanhados por algum serviço ou profissional de saúde. No caso de crianças menores de 2 anos, o percentual de acompanhamento (94%) é o maior comparado as outras condições de saúde e agravo.

As Unidades de Saúde da Família são responsáveis pelo acompanhamento de 44% dos portadores de diabetes, 55% dos hipertensos, 69% das gestantes e de 80% das crianças menores de 2 anos.

**Tabela 33 – Famílias, portadores e entrevistados segundo agravos e condições de saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Agravos ou condição de saúde	Famílias com portadores		Portadores		Portadores sob acompanhamento		Portadores sob acompanhamento da ESF	
	n	% <sup>a</sup>	n	% <sup>b</sup>	n	% <sup>c</sup>	n	% <sup>d</sup>
Hipertensão arterial	273	34,6	326	12,2	288	88,3	160	55,4
Diabetes	112	14,1	122	4,5	106	86,9	47	44,3
Grávidas e mães de menor de 2 anos	60	7,6	60	7,6	52	86,7	36	69,2
Menores de 2 anos	49	6,2	50	1,8	50	94,3	40	80,0
Idosos ou doentes acamados	11	1,4	-	-	9	81,8		

Observação: (a) percentual sobre o total de famílias pesquisadas (789); (b) percentual sobre o total de moradores pesquisados (2670); (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

Ressalte-se a existência de 38 hipertensos (12%), 16 diabéticos (13%) e 3 moradoras grávidas que estas estavam sem acompanhamento (5%). Dentre o conjunto de pessoas que estava sob acompanhamento de 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 23% dos

portadores de hipertensão arterial, 34% dos portadores de diabetes, 15% das gestantes e 18% das crianças até 2 anos de idade.

**Tabela 34 – Local de acompanhamento para diversas situações de saúde, Estratégia de Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Local de tratamento	Hipertensos		Diabéticos		Gestantes		Crianças <2 anos	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Agente Comunitário de Saúde	6	2,1	-	-	1	1,9	3	6,0
Posto/Unidade de Saúde da Família do SUS	154	53,3	47	44,3	35	67,3	37	74,0
Posto ou Centro de Saúde SUS	13	4,5	5	4,7	1	1,9	-	-
Policlínica ou PAM (Posto de Assistência Médica) SUS	9	3,1	4	3,8	1	1,9	-	-
Ambulatório de hospital	21	7,3	7	6,6	3	5,8	-	-
Consultório de clínica ou ambulatório de hospital privado	46	15,9	28	26,4	5	9,6	4	8,0
Pronto-socorro ou emergência públicos	2	0,7	2	1,9	2	3,9	-	-
Consultório particular	22	7,6	8	7,5	3	5,8	5	10,0
Outro	15	5,2	5	4,7	1	1,9	-	-
Não respondeu	-	-	-	-	-	-	1	2,0
<b>Total</b>	<b>288</b>	<b>100,0</b>	<b>106</b>	<b>100,0</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

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 83% dos casos ou mais as consultas são feitas com agendamento prévio. Os hipertensos (81%), diabéticos (85%), e gestantes (89%) são acompanhados pelo médico da ESF enquanto apenas 7% das crianças menores de 2 anos é acompanhada por esse tipo de profissional.

Em Florianópolis, o grupo de gestantes e as crianças menores de 2 anos são acompanhados com frequência mínima mensal, por qualquer serviço ou profissional de saúde. Essa frequência de acompanhamento é ofertada para um pouco mais de um terço dos hipertensos e diabéticos.

O acompanhamento realizado pela ESF, com frequência mínima mensal, está concentrado na distribuição de medicamentos (73% dos diabéticos, 63% dos hipertensos e 42% das gestantes) e em orientações individuais (79% das gestantes, 50% dos diabéticos e 40% dos hipertensos). Mais da metade do grupo das gestantes acompanhados pela ESF recebe, pelo menos uma vez por mês consulta médica (58%).

Em todas as condições de saúde e de vida pesquisadas é reduzida a oferta de atividades em grupo (entre 3% e 21% dos entrevistados na condição pesquisada afirmaram

participar com frequência de até a cada três meses desse tipo de atividade), e atividades de promoção de saúde e sociais (resposta afirmativa de 3 a 6% dos entrevistados na condição pesquisada).

**Tabela 35 – Atividades realizadas em diversas condições de saúde e situações de vida, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Atividades	Hipertensos		Diabéticos		Gestantes		Crianças < 2 anos	
	n	%	N	%	n	%	N	%
Agendamento de consulta	241	83,4	100	94,3	49	94,2	48	98,0
Acompanhamento realizado por médico da ESF	130 <sup>a</sup>	81,3	40 <sup>c</sup>	85,1	32 <sup>e</sup>	88,9	3 <sup>g</sup>	7,5
<b>Frequência mínima mensal</b>								
Acompanhamento de saúde	102	35,4 <sup>m</sup>	39	36,7 <sup>n</sup>	46	88,4 <sup>o</sup>	42	84,0 <sup>p</sup>
Orientações individuais pela ESF	49 <sup>b</sup>	39,9	17 <sup>d</sup>	50,0	15 <sup>f</sup>	79,0		
Recebimento de medicamentos	78 <sup>b</sup>	63,4	25 <sup>d</sup>	73,4	8 <sup>f</sup>	42,1		
Consulta médica	36 <sup>b</sup>	29,2	8 <sup>d</sup>	23,5	11 <sup>f</sup>	57,9		
Consulta de enfermagem	20 <sup>b</sup>	16,3	3 <sup>d</sup>	8,8	3 <sup>f</sup>	15,8		
<b>Frequência até trimestral</b>								
Participação em grupos	14 <sup>b</sup>	11,4	1 <sup>d</sup>	2,9	4 <sup>f</sup>	21,1		
Participação em atividades de promoção de saúde e sociais	6 <sup>b</sup>	3,2	2 <sup>d</sup>	5,8	-	-		

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

Observações:

(a) n= 160 portadores de hipertensão arterial sob acompanhamento pela ESF;

(b) n= 123 entrevistados portadores de hipertensão arterial sob acompanhamento pela ESF;

(m) percentual sobre o total de portadores de hipertensão sob acompanhamento (288);

(c) n= 47 portadores de diabetes sob acompanhamento pela ESF;

(d) n= 34 entrevistados portadores de diabetes sob acompanhamento pela ESF;

(n) percentual sobre o total de diabéticos sob acompanhamento (106);

(e) n= 36 grávidas ou mães de criança menor de 2 anos sob acompanhamento pela ESF;

(f) n= 19 entrevistadas grávidas ou mães de criança menor de 2 anos sob acompanhamento pela ESF;

(g) n= 40 crianças menores de 2 anos sob acompanhamento de crescimento e desenvolvimento no Posto/Unidade de Saúde da Família;

(o) percentual sobre o total de moradoras grávidas ou que possuem filhos com menos de 2 anos sob acompanhamento (52)

(p) percentual sobre o total de crianças menores de 2 anos sob acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (50).



## **XIV. AVALIAÇÃO DAS FAMÍLIAS**

Para conhecer a avaliação das famílias cadastradas sobre suas experiências de atendimento e atuação das equipes de Saúde da Família foram investigados aspectos da satisfação dos usuários em cuidado recente (nos últimos 30 dias) e em experiência de atendimento nos últimos doze meses, em relação a quesitos como acesso, respeito, resolutividade, disponibilidade de medicamentos e equipamentos, condições de infra-estrutura 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 SF e comparassem a atuação das ESF com serviços de saúde anteriormente existentes em seu bairro.

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

### **1. AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO DO PROFISSIONAL DA ESF NOS ÚLTIMOS 30 DIAS**

Foi solicitado aos 249 entrevistados atendidos pela ESF nos últimos 30 dias que avaliassem o atendimento prestado por profissionais das ESF. Cerca de 84% dos entrevistados conheciam anteriormente o profissional de saúde que lhes prestou o último atendimento e para 97% esse profissional foi considerado atencioso. Segundo a avaliação de 87% dos entrevistados, o profissional forneceu informações sobre o seu estado de saúde no último atendimento e 89% dos entrevistados consideram que o profissional demonstrou ter conhecimento para resolver o seu problema de saúde.

**Tabela 1 – E15, E16, E17, E18 Avaliação do entrevistado sobre atendimento realizado nos últimos 30 dias, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Aspecto	n	%
Conhecimento anterior do profissional		
Sim	209	83,9
Não	39	15,7
Não respondeu	1	0,4
<i>Total</i>	<i>249</i>	<i>100,0</i>
Profissional foi atencioso		
Sim	241	96,8
Não	6	2,4
Não respondeu	2	0,8
<i>Total</i>	<i>249</i>	<i>100,0</i>
Profissional forneceu informações sobre o estado de saúde		
Sim	217	87,1
Não	29	11,6
Não respondeu	3	1,2
<i>Total</i>	<i>249</i>	<i>100,0</i>
Profissional demonstrou conhecimento para resolver problema de saúde		
Sim	221	88,8
Não	24	9,6
Não respondeu	4	1,6
<i>Total</i>	<i>249</i>	<i>100,0</i>

Observação: n = 249 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

Entre as 380 famílias entrevistadas que conheciam os Agentes Comunitários de Saúde da sua área de moradia, 81% consideram que os ACS conhecem os problemas de saúde da sua família. Para 84% dos entrevistados, os ACS conhecem os problemas de saúde da comunidade, para 96% os ACS estabelecem um bom relacionamento com as pessoas que são acompanhadas por eles e segundo 87% dos entrevistados os agentes orientam a respeito de cuidados de saúde.

**Tabela 2 – G4 Avaliação do Agente Comunitário de Saúde pelas famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Avaliação do ACS	Sim		Não		Não sabe		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Conhece os problemas de saúde da sua família?	309	81,3	51	13,4	20	5,3	380	100,0
Conhece os problemas de saúde da comunidade?	319	83,9	16	4,2	45	11,8	380	100,0
Estabelece um bom relacionamento com as pessoas que são acompanhadas por ele?	363	95,5	-	-	17	4,5	380	100,0
Orienta a respeito de cuidados de saúde?	331	87,1	27	7,1	22	5,8	380	100,0

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

Observação: n = 380 entrevistados que conhecem o Agente Comunitário de Saúde da área de moradia

Foi solicitado aos 380 entrevistados que conheciam o ACS, que informassem sobre a comunicação no atendimento prestado pelo Agente Comunitário de Saúde da área de moradia. A maioria das famílias entrevistadas (88%) compreende as orientações dadas pelos Agentes Comunitários de Saúde e 10% nunca receberam orientações do Agente Comunitário de Saúde.

**Tabela 3 – G5 Compreensão pelas famílias cadastradas das orientações dadas pelo Agente Comunitário de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Compreensão orientações ACS	n	%
Sim	333	87,6
Não	4	1,1
Nunca recebeu orientações do Agente Comunitário de Saúde	36	9,5
Não respondeu	7	1,8
Total	380	100,0

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

Observação: n = 380 entrevistados que informaram ter sido atendidos ou visitados pelo Agente Comunitário de Saúde da área de moradia.

Também foi solicitado aos 380 entrevistados que avaliassem as visitas domiciliares feitas pelos Agentes Comunitários de Saúde da área de moradia. As visitas domiciliares são bem avaliadas pelos usuários. Para 90% das famílias entrevistadas as visitas dos ACS foram consideradas muito boas ou boas, enquanto apenas 3% das famílias avaliam como regular as visitas dos ACS e 2% das famílias a avaliam como ruim ou muito ruim.

**Tabela 4 – G7 Avaliação das visitas domiciliares do Agente Comunitário de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Avaliação visita domiciliar do ACS	n	%
0 - 2 Muito ruim	3	0,8
3 - 4 Ruim	2	0,5
5 - 6 Regular	10	2,6
7 - 8 Boa	84	22,1
9 -10 Muito boa	259	68,2
Não respondeu	22	5,8
Total	380	100,0

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

Observação: n = 380 entrevistados que informaram ter sido atendidos ou visitados pelo Agente Comunitário de Saúde da área de moradia.



### **3. AVALIAÇÃO DO ÚLTIMO ATENDIMENTO NOS ÚLTIMOS DOZE MESES**

Foi perguntada às 282 famílias sua avaliação sobre o atendimento nos últimos 12 meses no Posto/Unidade de Saúde da Família. A grande maioria das famílias, cerca de 90%, considera muito boa ou boa: a clareza nas explicações do profissional de saúde (93%), a cortesia e o carinho do pessoal de enfermagem (93%), a cortesia e o carinho do pessoal médico e a competência e habilidade do profissional de saúde (92%), o respeito na maneira de recebê-lo e tratá-lo (91%).

Os aspectos pior avaliados foram os relativos à espera: 32% consideram ruim ou muito ruim o tempo de espera até ser atendido. Em seguida, foram avaliados como ruins ou muito ruins a cortesia e carinho do pessoal administrativo (24%), a pontualidade dos profissionais (22%) e o espaço físico das salas de espera e do local de atendimento.

**Tabela 5 – G13 Avaliação das famílias sobre o último atendimento nos últimos 12 meses no Posto/Unidade de Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Critérios	Muito Bom		Bom		Ruim		Muito Ruim		Não se aplica		Não sabe		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A competência e a habilidade do profissional de saúde	71	25,2	187	66,3	18	6,4	5	1,8	-	-	1	0,4	-	-	282	100,0
A disponibilidade de equipamentos médicos	52	18,4	159	56,4	42	14,9	2	0,7	10	3,5	17	6,0	-	-	282	100,0
O tempo de espera até ser atendido	32	11,3	157	55,7	70	24,8	20	7,1	1	0,4	1	0,4	1	0,4	282	100,0
O respeito na maneira de recebê-lo(a) e tratá-lo(a)	79	28,0	177	62,8	15	5,3	8	2,8	-	-	1	0,4	2	0,7	282	100,0
A maneira como a sua intimidade foi respeitada durante o exame físico	73	25,9	175	62,1	8	2,8	3	1,1	20	7,1	3	1,1	-	-	282	100,0
A clareza nas explicações do profissional de saúde	79	28,0	182	64,5	17	6,0	1	0,4	1	0,4	2	0,7	-	-	282	100,0
A disponibilidade de tempo para fazer perguntas sobre o seu problema ou tratamento	68	24,1	179	63,5	25	8,9	1	0,4	6	2,1	1	0,4	2	0,7	282	100,0
A possibilidade de falar em privacidade com o profissional de saúde	80	28,4	166	58,9	24	8,5	2	0,7	6	2,1	2	0,7	2	0,7	282	100,0
A limpeza das instalações, incluindo os banheiros	87	30,9	164	58,2	14	5,0	1	0,4	4	1,4	11	3,9	1	0,4	282	100,0

Critérios	Muito Bom		Bom		Ruim		Muito Ruim		Não se aplica		Não sabe		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
O espaço disponível das salas de espera e de atendimento	62	22,0	154	54,6	52	18,4	10	3,5	-	-	1	0,4	3	1,1	282	100,0
A pontualidade dos profissionais	52	18,4	159	56,4	53	18,8	9	3,2	2	0,7	5	1,8	2	0,7	282	100,0
A cortesia e o carinho do pessoal médico	90	31,9	170	60,3	9	3,2	3	1,1	7	2,5	1	0,4	2	0,7	282	100,0
A cortesia e o carinho do pessoal de enfermagem	90	31,9	171	60,6	12	4,3	2	0,7	2	0,7	3	1,1	2	0,7	282	100,0
A cortesia e o carinho do pessoal administrativo	52	18,4	157	55,7	54	19,1	14	5,0	1	0,4	3	1,1	1	0,4	282	100,0
A preocupação do pessoal do Posto/Unidade de Saúde da Família com a sua saúde	52	18,4	186	66,0	29	10,3	5	1,8	1	0,4	8	2,8	1	0,4	282	100,0

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

Observação: n = 282 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).

Foi solicitado às famílias entrevistadas atendidas na USF nos últimos doze meses que avaliassem a qualidade de serviços já utilizados nas Unidades de Saúde da Família.

Das famílias que utilizaram os serviços ou atividades nas Unidades de Saúde da Família, mais de 70% consideram bom ou muito bom o atendimento de enfermagem (87%), o atendimento médico (85%), triagem/acolhimento (79%) e recepção (76%).

Entre os serviços/ atividades pior avaliados estão a obtenção de consultas sem marcar (37% consideram ruim ou muito ruim), conseguir marcar consulta com dentista (36%), conseguir marcar consulta médica (35%) e encaminhar para outros serviços (34%).

Destaca-se que 70% das famílias informaram não ter utilizado acompanhamento pré-natal, 69% não utilizaram o serviço planejamento familiar, 60% o serviço de curativo e 55% de acompanhamento de crescimento e desenvolvimento de crianças na USF.

**Tabela 6 – G14 Avaliação da qualidade de serviços e atividades nas Unidades de Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Serviço	Muito bom		Bom		Ruim		Muito Ruim		Não utilizou		Não sabe		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Recepção	38	13,5	176	62,4	44	15,6	16	5,7	1	0,4	1	0,4	6	2,1	282	100,0
Triagem/acolhimento	48	17,0	174	61,7	20	7,1	2	0,7	25	8,9	7	2,5	6	2,1	282	100,0
Conseguir marcar consulta médica	24	8,5	136	48,2	73	25,9	25	8,9	16	5,7	-	-	8	2,8	282	100,0
Atendimento médico	84	29,8	156	55,3	16	5,7	7	2,5	10	3,5	-	-	9	3,2	282	100,0
Conseguir marcar consulta com o dentista	10	3,5	69	24,5	72	25,5	29	10,3	91	32,3	4	1,4	7	2,5	282	100,0
Atendimento odontológico	22	7,8	97	34,4	26	9,2	15	5,3	110	39,0	5	1,8	7	2,5	282	100,0
Atendimento de enfermagem	68	24,1	177	62,8	10	3,5	2	0,7	18	6,4	1	0,4	6	2,1	282	100,0
Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças	31	11,0	77	27,3	4	1,4	3	1,1	154	54,6	8	2,8	5	1,8	282	100,0
Curativos	19	6,7	80	28,4	2	0,7	2	0,7	168	59,6	6	2,1	5	1,8	282	100,0
Encaminhamento para outros serviços	13	4,6	103	36,5	66	23,4	31	11,0	60	21,3	4	1,4	5	1,8	282	100,0
Conseguir consulta sem estar marcado	25	8,9	94	33,3	66	23,4	37	13,1	50	17,7	5	1,8	5	1,8	282	100,0
Laboratório	10	3,5	111	39,4	41	14,5	15	5,3	86	30,5	13	4,6	6	2,1	282	100,0
Planejamento familiar	11	3,9	57	20,2	2	0,7	2	0,7	194	68,8	10	3,5	6	2,1	282	100,0

Serviço	Muito bom		Bom		Ruim		Muito Ruim		Não utilizou		Não sabe		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Acompanhamento pré-natal	14	5,0	59	20,9	1	0,4	1	0,4	198	70,2	4	1,4	5	1,8	282	100,0
Exame preventivo para mulheres	32	11,3	115	40,8	2	0,7	4	1,4	116	41,1	8	2,8	5	1,8	282	100,0
Vacinação	50	17,7	144	51,1	2	0,7	1	0,4	74	26,2	4	1,4	7	2,5	282	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

Foi perguntado às 469 famílias cadastradas que conheciam a Saúde da Família e haviam utilizado o serviço, sua avaliação sobre mudanças nas condições de saúde no bairro e nas condições de saúde da família após implantação da Estratégia Saúde da Família em Florianópolis. As condições de saúde no bairro e da família melhoram na opinião de 53% e 49% dos entrevistados respectivamente.

**Tabela 7 – 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, Florianópolis (SC), 2008**

Avaliação	Condições de saúde no bairro		Condições de saúde da família	
	n	%	n	%
Melhoraram	250	53,3	228	48,6
Pioraram	12	2,6	16	3,4
Continuaram como estavam	81	17,3	118	25,2
Não sabe	103	22,0	83	17,7
Não respondeu	23	4,9	24	5,1
Total	469	100,0	469	100,0

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

Cerca de 34% dos entrevistados informaram que procuram menos os hospitais e especialistas após implantação da Estratégia Saúde da Família no bairro, e 32% informaram que os familiares procuram menos por serviços de urgência após a implantação da Estratégia Saúde da Família.

**Tabela 8 – R3 e R4 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, Florianópolis (SC), 2008**

Avaliação	Procura por hospitais e especialistas		Procura por serviços de urgência	
	n	%	n	%
Procuram mais	47	10,0	47	10,0
Procuram menos	159	33,9	149	31,8
Procuram igual	154	32,8	160	34,1
Não sabe	85	18,1	88	18,8
Não respondeu	24	5,1	25	5,3
Total	469	100,0	469	100,0

Observação: n= 469 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 de pouco mais da metade das 469 famílias cadastradas após a implantação da Estratégia Saúde da Família no bairro, ocorreu melhoria do atendimento em caso de doença (56% das famílias entrevistadas). Para 20% o atendimento ficou igual ou pior após a implantação da Estratégia.

**Tabela 9 – R5 Avaliação das famílias cadastradas sobre melhoria do atendimento em caso de doença após implantação da Estratégia Saúde da Família no bairro, Estratégia de Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Melhoria do atendimento	n	%
Melhorou muito	105	22,4
Melhorou um pouco	157	33,5
Ficou igual	82	17,5
Ou piorou	11	2,3
Não sabe	89	19,0
Não respondeu	25	5,3
Total	469	100,0

Observação: n = 469 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 44% (469) das famílias cadastradas, existia um posto ou centro de saúde no bairro antes da criação da Unidade de Saúde da Família. Desse total, 54% (208) famílias informaram que seu atendimento nesses Postos ou Centros de Saúde não era freqüente.

**Tabela 10 – R6 e R7 Existência de Posto ou Centro de Saúde no bairro antes da criação do Posto/Unidade de Saúde da Família e freqüência de atendimento segundo famílias cadastradas. Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Posto de saúde anterior	Existência de unidade de saúde		Atendimento freqüente	
	n	%	n	%
Sim	208	44,3	113	54,3
Não	57	12,2	87	41,8
Não sabe	177	37,7	7	3,4
Não respondeu	27	5,8	1	0,5
Total	469	100,0	208	100,0

Observação: n = 469 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

Foi perguntado às 113 famílias cadastradas que disseram ser atendidas com freqüência no posto ou centro de saúde antes da criação da Unidade Saúde da Família sobre a avaliação do atendimento prestado pela estratégia comparado à experiência prévia de atendimento no posto/centro de saúde existente: 62% consideram que o atendimento



prestado pela Estratégia Saúde da Família é melhor e 11% consideram que o atendimento ficou pior.

**Tabela 11 – 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 de Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Atendimento Prestado	n	%
Melhor	70	61,9
Igual	26	23,0
Pior	12	10,6
Não sabe	5	4,4
Total	113	100,0

Observação: n = 113 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

Quanto à avaliação de serviços específicos pelas 111 famílias que disseram ser atendidas com frequência no posto ou centro de saúde antes da criação do Posto/Unidade Saúde da Família, em torno de 50% 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, ao conhecimento dos problemas da comunidade, ao conhecimento técnico para resolver os problemas de saúde e às condições de dar melhor atendimento, 43% consideram que melhorou a facilidade de obtenção de medicamentos e a facilidade de marcar consultas, A facilidade de consultar sem marcar foi o aspecto pior avaliado: 11% informaram ter piorado.

**Tabela 12 – R9 Avaliação das famílias cadastradas quanto à atuação da Unidade de Saúde da Família comparativamente aqueles serviços prestados pelo posto ou centro de saúde, Florianópolis (SC), 2008**

Áreas de atuação	Melhor		Igual		Pior		Não sabe		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Participação nas atividades do bairro	57	50,4	29	25,7	3	2,7	13	11,5	9	8,0	111	100,0
Conhecimento dos problemas da comunidade	60	53,1	33	29,2	3	2,7	6	5,3	9	8,0	111	100,0
Conhecimento técnico para resolver os problemas de saúde	63	55,8	30	26,5	3	2,7	5	4,4	10	8,8	111	100,0
Facilidade de marcar consulta	49	43,4	42	37,2	7	6,2	4	3,5	9	8,0	111	100,0
Facilidade de obter consulta sem marcar	38	33,6	45	39,8	12	10,6	6	5,3	10	8,8	111	100,0
Condições de dar bom atendimento	66	58,4	27	23,9	4	3,5	5	4,4	9	8,0	111	100,0
Facilidade de obtenção de medicamento	49	43,4	44	38,9	4	3,5	5	4,4	9	8,0	111	100,0

Observação: n = 111 famílias que disseram ser atendidas com frequência neste posto ou centro de saúde antes da criação da Unidade de Saúde da Família.

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

Foi solicitado às famílias que informassem o grau de satisfação com a Estratégia Saúde da Família em Florianópolis e 52% das famílias cadastradas indicaram que estão satisfeitas com a Estratégia Saúde da Família e 24% que estão mais ou menos satisfeitas. Ao passo que 9% afirmaram que estão insatisfeitas com a Estratégia.

**Tabela 13 – R10 Satisfação das famílias cadastradas com a Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Satisfação	n	%
Satisfeito	244	52,0
Mais ou menos satisfeito	113	24,1
Não insatisfeito	40	8,5
Não sabe	44	9,4
Não respondeu	28	6,0
Total	469	100,0

Observação: n= 469 famílias com algum integrante com experiência de atendimento pela ESF.

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

Foi solicitado às famílias cadastradas que apontassem livremente o que não gostam na

Estratégia Saúde da Família. Cerca da metade das famílias (48%) apontou algo que não gosta na Estratégia. As principais queixas mencionadas foram quanto à carência de profissionais (7%), demora para exames e retorno (6%), demora para marcação de consultas (5%) e demora no atendimento (4%).

**Tabela 14 – Tabela R11 O que as famílias cadastradas não gostam na Estratégia Saúde da Família, Estratégia de Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Queixa	n	%
Carência de profissionais	32	6,8
Demora para exames e retorno	27	5,8
Demora para marcação de consultas	23	4,9
Demora no atendimento	20	4,3
Acolhimento/ triagem/ recepção	18	3,8
Problemas com profissionais de saúde/ Mau atendimento	17	3,6
Demora para atendimento especializado	12	2,6
Falta/ insuficiência de medicamentos	5	1,1
Inexistência/ demora atendimento urgência/ pronto atendimento	5	1,1
Inexistência/ demora atendimento odontológico	4	0,9
Estrutura física da USF	4	0,9
Acessibilidade/ distancia da USF	3	0,6
Problemas de gerenciamento/ administração da USF	3	0,6
Falta/ insuficiência de equipamentos	1	0,2
Outros	40	8,5
Não tem queixas	22	4,7
Não conhece o PSF/não opinou	233	49,7

Observação: n= 469 famílias com algum integrante com experiência de atendimento pela ESF.

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

Quanto ao que agrada às famílias na Estratégia Saúde da Família em Florianópolis, 27% destacaram o bom atendimento e profissionais atenciosos, 12% das famílias citaram o trabalho e visitas dos ACS e 6% as visitas domiciliares. Reuniões de grupo e facilidade de acesso também foram apontados como pontos positivos por parte das famílias.

**Tabela 15 – R12 O que agrada no Programa Saúde da Família, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

O que mais gosta no PSF	n	%
Bom atendimento e profissionais atenciosos	126	26,9
Trabalho e visitas domiciliares dos ACS	56	11,9
Visita domiciliar	27	5,8
Atendimento Médico	15	3,2
Reuniões de grupo e ações de educação em saúde	14	3,0
Facilidade de acesso a medicamentos	11	2,3
Tudo	8	1,7
Cuidados e acompanhamento de idosos, hipertensos, diabéticos	6	1,3
Proximidade da residência	5	1,1
Vínculo profissionais - comunidades	4	0,9
Atendimento odontológico	4	0,9
Ações de promoção da saúde (ginástica, caminhada)	3	0,6
Atendimento de enfermagem	3	0,6
Outros	26	5,5
Não utiliza	109	23,2
Não respondeu	52	11,1
Total	469	100,0

n = 469 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 opinião de metade das famílias cadastradas, a Estratégia Saúde da Família deve mudar alguma coisa e 217 sugeriram mudanças.

Coerente com as queixas, as mudanças mais sugeridas pelas famílias foram a necessidade de contratação de mais profissionais para as ESF (13%), seguidos da maior agilidade no atendimento (5%) e na marcação de exames (4%) e melhor acolhimento (4%).

**Tabela 16 – R13 Necessidade de mudança na Estratégia Saúde da Família na opinião das famílias cadastradas, Estratégia de Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Mudança	n	%
Deve continuar como está	195	41,6
Deve mudar	236	50,3
Não respondeu	38	8,1
Total	469	100,0

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

**Tabela 17 – R13.2 Mudanças sugeridas para Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Sugestões	n	%
Contratação de mais profissionais para as ESF (médicos, enfermeiros)	59	12,6
Maior agilidade no atendimento	23	4,9
Maior agilidade para marcação e realização de exames	16	3,4
Melhorar acolhimento/ recepção	20	4,3
Contratação de médicos especialistas para as ESF	11	2,3
Melhorar disponibilidade de medicamentos	7	1,5
Aumentar o número de visitas domiciliares	8	1,7
Maior divulgação das atividades do PSF na comunidade	7	1,5
Implantar atendimento 24 horas e urgência	5	1,1
Maior agilidade para consultas especializadas	5	1,1
Capacitar os profissionais das ESF	4	0,9
Aumentar ações educativas e de promoção à saúde	5	1,1
Implantar/ melhorar atendimento odontológico	2	0,4
Outros	34	7,2
Não sabe/Não respondeu	252	53,8

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

Observação: n=469 entrevistados que indicaram que o SF deve mudar algo.

Cerca da metade das famílias cadastradas (45%) considera que a Estratégia Saúde da Família deve oferecer outras atividades além das que já são oferecidas.

As principais sugestões de atividades a serem oferecidas pelas ESFs foram ações voltadas para a adolescência e juventude, atendimentos médico especializado (5%), atividades de grupos (anti-tabagismo, hipertensos, gestantes), ações de educação em saúde e atividades para idosos (tabela R14.1)

**Tabela 18 – R14 Necessidade de oferta de outras atividades além das já oferecidas pela Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC) 2008**

Oferta de outras atividades	n	%
Sim	210	44,8
Não	228	48,6
Não respondeu	31	6,6
Total	469	100,0

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

Observação: n= 469 famílias com integrante que teve experiência de atendimento pela Estratégia Saúde da Família

**Tabela 19 – R14.1 Sugestão de atividades a serem oferecidas, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008**

Sugestões de atividades	n	%
Ações voltadas para a adolescência e juventude	39	8,3
Atendimento médico especializado	24	5,1
Atividades de grupos (anti-tabagismo, hipertensos, gestantes)	20	4,3
Ações de educação em saúde (palestras)	17	3,6
Atividades para os idosos	12	2,6
Atendimento de urgência	11	2,3
Realização de exames complementares	9	1,9
Atendimento de outros profissionais	7	1,5
Atividades voltadas para as crianças	5	1,1
Atividades com hipertensos e diabéticos	5	1,1
Atendimento odontológico	2	0,4
Outros	24	5,1
Não respondeu	283	60,4

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

Observação: n= 469 famílias com integrante que teve experiência de atendimento pela Estratégia Saúde da Família



## **XV. DESAFIOS, PROPOSTAS DE CONSOLIDAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E AVALIAÇÃO DOS GESTORES E DIRIGENTES DE ENTIDADES PROFISSIONAIS**

Para garantir a consolidação da Estratégia de Saúde da Família em grandes centros urbanos, na opinião do Secretário Municipal de Saúde em primeiro lugar é preciso pensar nos recursos humanos, tanto no que se refere à capacitação clínica, quanto a necessidade de uma remuneração adequada, com um plano de carreiras, cargos e salários para todos os profissionais, *“É fundamental que haja competência e capacidade para resolver os problemas da população, com atendimento adequado. O sistema de saúde vive da credibilidade e da confiança da população Quando não há competência, há uma explosão do sistema de saúde no que diz respeito à medicalização exagerada, aos pedidos de exames desnecessários e de consultas especializadas”*, destaca o Secretário Municipal de Saúde. Além dos recursos humanos, para melhorar a qualidade da atenção no município de Florianópolis o Secretário considera que seria necessário ampliar o financiamento, articular os NASFs corretamente à Estratégia e integrar mais a média de alta complexidade.

Já para o coordenador de Atenção Básica, o principal desafio para a consolidação da Estratégia Saúde da Família é pensar a Atenção Primária como a principal porta-de-entrada, com fluxos ordenados pelos outros níveis de complexidade, as equipes de apoio, as policlínicas, a UPA. Também aponta as equipes do NASF como um importante instrumento para o aumento na qualidade da atenção básica no município. Não só atuando como referência, mas também na capacitação permanente das equipes de atenção primária. Além disso, seria necessário uma adequação da infra-estrutura física e tecnológica das unidades de saúde. Para o presidente do CRM e a secretária geral da Associação Catarinense de Medicina de Família e Comunidade seria necessário aumentar o número de ESF por população, reduzindo o número de famílias por ESF, e incentivos para participação em pós-graduação, e Plano de Cargos e Salários.

Os gestores municipais consideram que a cobertura máxima ideal da Estratégia SF em Florianópolis seria de 100 equipes de saúde da família. Na data da pesquisa eram 87 ESF, número considerado pelos gestores como uma cobertura satisfatória para a



população. Condicionam a proposta de expansão ao aumento no número de profissionais disponíveis para compor as equipes, principalmente médicos.

### **1. PRINCIPAL PROBLEMA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

O maior problema da Estratégia de Saúde da Família no momento segundo o Secretário Municipal de Saúde e o coordenador de Atenção Básica, seria relativo aos Recursos Humanos, principalmente no que se refere à qualificação profissional. O coordenador de Atenção Básica acrescenta ainda como uma grande dificuldade para a efetivação da Estratégia, a questão do financiamento. A necessidade de um número maior de ESF e da formação e capacitação dos profissionais foram referidas também pela coordenação de Vigilância Epidemiológica, por membro do grupo gestor e pela representante da Associação Catarinense de Medicina de Família e Comunidade como principais problemas da Estratégia. Os médicos reguladores destacam dificuldades de estabelecimento de vínculos com parte dos pacientes; *“Acredito que o maior problema está relacionado a essa particularidade que a cidade tem de atender a uma população flutuante com baixo poder de instrução (...) Então existe essa dificuldade de se vincular com o paciente”*. Já a coordenadora do Controle, Avaliação e Auditoria aponta como dificuldade o planejamento nas unidades.

### **2. PONTOS MAIS POSITIVOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

A grande vantagem da Estratégia SF segundo o Secretário Municipal de Saúde, seria a melhora das condições de saúde da população em geral e para o coordenador de Atenção Básica, as grandes vantagens são o vínculo entre o profissional e o usuário, a cobertura, a proposta de inserção de especialidades complementares e o matriciamento. Destaca que essas ações já apresentam resultados positivos como redução de internações, com sobras de AIHs e diminuição das mortalidade infantil.

Para os outros gestores da saúde de Florianópolis os pontos mais positivos da Estratégia SF são a efetividade desse sistema, que emprega melhor o dinheiro, equaciona os custos e por isso são obtidos melhores resultados. Tem uma cobertura maior, trabalha com a prevenção e conseqüentemente diminui internações por doenças sensíveis e a procura pelas emergências dos hospitais. O presidente do CRM destaca como pontos positivos da Estratégia o atendimento do médico generalista que referencia com rapidez e eficiência ao especialista e o vínculo entre esse médico generalista e a população

assistida. Já a secretária geral da Associação Catarinense de Medicina da Família e Comunidade, aponta que com a Estratégia houve uma aproximação por parte da comunidade decorrente das ações educativas desenvolvidas pelas equipes.

### **3. INOVAÇÕES DO MODELO ASSISTENCIAL DE FLORIANÓPOLIS**

A principal inovação do modelo assistencial de Florianópolis que pode ser atribuída a implementação da Estratégia, segundo os gestores municipais foi a inclusão no município do matriciamento das especialidades de apoio. Outras inovações são a exigência de titulação e medicina da família e comunidade no concurso público, o prontuário eletrônico, a utilização das linhas de cuidado, a implantação das equipes de referência (NASF), o vínculo do paciente com a unidade de saúde, (...) *“O usuário tem a unidade, o usuário será encaminhado para outros serviços de atenção se necessário... Antigamente, o paciente ia da unidade diretamente para as emergências dos hospitais. Essa é a grande diferença. O usuário tem um acompanhamento horizontal e não vertical”*, destacou um gerente. Além da questão da co-responsabilização, (...) *“É possível encaminhar com uma maior facilidade para o especialista. O especialista não se responsabiliza por aquele indivíduo, ele resolve pontualmente e repassa de volta”*, aponta a Coordenação de Atenção Básica. (...) *“Não dá mais para encaminhar e achar que assim resolveu o problema. O profissional é responsável por aquele território. Isso é o grande diferencial da Estratégia”*, também destaca um membro do Grupo Gestor.

Segundo o presidente do COREN só existiria inovação no modelo assistencial, se o Saúde da Família fosse composto só por profissionais de nível superior. (...) *“Só se fizesse na forma como eu disse, ou seja, somente com pessoas de nível superior e nada de ACS, nem auxiliar e nem técnico. Assim se atingiria o ponto”*.

### **4. RECOMENDAÇÕES PARA OUTROS GESTORES**

A partir da experiência exitosa de implementação da Estratégia SF em Florianópolis, os gestores apontam como recomendações importantes a outros gestores de grandes cidades, a importância de que a população entenda a proposta da Saúde da Família. Para isso é preciso disseminar a idéia e conversar nos fóruns de controle social e com os líderes comunitários.

Para o presidente do COREN é necessário que se tenha profissionais bem capacitados e motivados. Já para a Secretária Geral da Associação Catarinense de Medicina de

Família e Comunidade, é necessário compromisso por parte da SMS de municípios de grande porte, de implantar a Saúde da Família, de aumentar a cobertura e de trazer profissionais capacitados fazendo concurso público.

Os gestores municipais apontam a necessidade de que a Estratégia de Saúde da Família seja prioridade do governo local, da Secretaria Municipal de Saúde, (...) *“É preciso que a atenção primária seja vista como a parte mais importante no momento que se está organizando o sistema de saúde local. Então, a lógica da informatização, de adequação e de ampliação dos espaços das unidades, tudo isso denota uma intenção de fortalecimento da atenção primária. Se tivermos a atenção primária como porta de entrada preferencial para toda população, ela será a coordenadora da rede”*, destaca a coordenação de Atenção Básica. É importante priorizar também a construção das linhas de cuidado, pensar a questão da formação profissional, estimular as práticas de capacitação continuada desses profissionais, investir no matriciamento, e no plano de cargos e salários, salientou o gestor de AB.

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

A discussão articulada dos resultados da pesquisa desde as perspectivas dos gestores, dos profissionais das ESF e das famílias cadastradas permite identificar uma série de fatores limitantes e facilitadores da consolidação da Estratégia SF que permite a formulação de recomendações mais gerais. Alguns desses fatores são destacados a seguir.

No contexto político institucional destacam-se entre os fatores que facilitam a consolidação da Estratégia SF, a formalização da política municipal de atenção básica com adequação do documento da Política Nacional de Atenção Básica (MS/SAS/DAB, 2006) ao nível municipal por meio da edição da Portaria/SS/GAB/Nº 283/2007, que normatiza a organização da atenção básica e as atribuições das equipes de saúde da família no sistema local de saúde seguindo os princípios e diretrizes da PNAB.

Por outro lado, um fator limitante diz respeito à experiência recente do município na regulação da atenção especializada. O baixo legado e acúmulo de aprendizado institucional do município na gestão plena do SUS em seu território institucional dificulta a integração da Estratégia Saúde da Família à rede de serviços de saúde. A habilitação apenas na gestão da atenção básica impôs limites reais à integração da APS na rede assistencial devido à baixa governabilidade do município sobre parte dos serviços especializados, e principalmente a atenção hospitalar sob gestão estadual. A Programação Pactuada e Integrada mostra-se insuficiente para reduzir a fragmentação entre as redes estadual e municipal, pois não há garantias de que as cotas programadas de procedimentos especializados sejam distribuídas entre as unidades de saúde municipais.

A alternativa da gestão municipal de expansão de oferta própria de atenção especializada por meio de policlínicas regionalizadas amplia e facilita o acesso aos serviços de média complexidade, todavia não incide na fragmentação da rede assistencial do SUS presente no território da capital catarinense.

A elevada qualificação técnica de gestores e gerentes associada à decisão política facilita a consolidação da Estratégia SF.

A implantação de equipes de SF em centros de saúde preexistentes com reorganização interna e reestruturação parcial das UBS com manutenção de profissionais médicos das especialidades básicas como apoio às ESF pode incrementar a resolutividade das USF.

Todavia, a centralidade do modelo assistencial da Estratégia SF, implementado no município, na organização da demanda com o estabelecimento de prioridades estritas para o atendimento de determinados grupos populacionais (que se evidencia no trabalho das ESF) ainda que facilite a busca ativa e o acesso desses grupos, restringe, entretanto, o acesso às USF dos cidadãos não pertencentes aos grupos prioritários. Essa priorização sem garantia de acesso ao conjunto da população, dificulta a conformação da USF como porta de entrada preferencial ao sistema de saúde e serviço de primeiro contato, atributo essencial de uma APS robusta.

O atendimento diversificado da demanda espontânea nas USF para grupos não prioritários, com estabelecimento de dias específicos para o acolhimento desses grupos em parte das unidades, limita as possibilidades da constituição das USF como serviço de procura regular de sua população adscrita.

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 (WHO, 2008).

A implantação de ESF nos Centros de Saúde preexistentes condiciona certo desconhecimento das famílias da denominação Saúde da Família para a unidade de saúde que utiliza, identificando como posto ou centro de saúde a UBS com equipes de SF.

Assim, a proporção de famílias cadastradas que conhecem e fazem uso da SF no município de Florianópolis pode ser considerada baixa. Ainda que a maioria dos entrevistados (70%) conhecesse a Estratégia de Saúde da Família no município somente 40% informaram conhecer de modo espontâneo, o que demonstra a necessidade de maior investimento na divulgação da estratégia e ações de busca ativa por parte das

ESF. Cerca de apenas 60% das famílias cadastradas tinha tido alguma experiência de atendimento pela Estratégia Saúde da Família na unidade ou no domicílio.

Chama a atenção que quase metade das famílias cadastradas desconhecia o ACS e não fora por ele visitada. Nesse sentido, é recomendável monitorar a realização de visitas pelos ACS e estabelecer rotinas diferenciadas de visita conforme risco, presença de agravos crônicos etc. Em bairros com população com cobertura elevada por planos privados de saúde é necessário adequar os processos de trabalho dos ACS, redimensionar quantitativos, qualificar suas funções e estabelecer distintas prioridades como forma de aprimorar os serviços prestados pela ESF.

A ampliação da cobertura de SF para áreas de residência de grupos de classe média exige estratégias diferenciadas para reduzir a resistência da classe média às ações da SF.

Entre as famílias que receberam visitas, o ACS é reconhecido pelas famílias cadastradas e sua atuação bem avaliada no que se refere ao conhecimento dos problemas de saúde da família e da comunidade, ao estabelecimento de um bom relacionamento com as pessoas acompanhadas e ao processo de orientação a respeito de cuidados de saúde. As visitas domiciliares dos ACS são também avaliadas de forma bastante positiva pelas famílias cadastradas, ainda que haja uma proporção de ACS que não realizam essa atividade todos os dias.

A existência de profissionais atenciosos e o bom atendimento no âmbito das ESF são os pontos positivos mais destacados pelas famílias cadastradas.

O matriciamento utilizado também como ferramenta para supervisão e desenvolvimento profissional continuado é estratégia com potencial para reduzir o distanciamento e aproximar o especialista e profissionais de AB, qualificando clinicamente estes profissionais e trabalhando-se as dificuldades encontradas pelas equipes em seu próprio espaço de trabalho. Em Florianópolis, as equipes de matriciamento em Geriatria e Saúde Mental realizam atividades de interconsulta, reuniões de equipe, visitas domiciliares, atividades de grupo e discussões de casos clínicos.

A implantação de equipes matriciais em saúde mental facilita a coordenação dos cuidados em saúde mental com responsabilização das ESF por meio da organização de fluxos, discussão de caso e estabelecimento de projetos terapêuticos singulares.

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 de 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 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 facilita a organização das ações na USF, a garantia de referências e a ação comunitária. A conformação de unidades básicas com implantação de diversas ESF e oferta do conjunto de ações de atenção básica exige a definição de profissional para as funções gerenciais.

A inexistência de coleta de material para exames nas USF dificulta o acesso a exames de patologia clínica. A coleta de material para exames na própria USF contribui para a percepção de resolutividade pelos usuários e facilita a conformação da USF como serviço de procura regular.

#### *Organização do processo de trabalho*

O conjunto de normas e regulamentações da Estratégia Saúde da Família formulado pelo Ministério da Saúde tem sido criticado por ser excessivo e homogeneizar as atividades das ESF em todo o território nacional sem considerar as necessidades e especificidades locais.

O caso de Florianópolis, no entanto, mostra que a existência e o cumprimento das normas ministeriais se fazem *pari passu* à incorporação das necessidades específicas do município. A programação das atividades realizadas pela ESF em Florianópolis, assim como nos outros municípios estudados é orientada pelas demandas da população bem como pela decisão da equipe a partir do perfil epidemiológico da população e da realidade local.

Ao mesmo tempo, o próprio município adotou um conjunto de dispositivos legais que orientam a implantação da Estratégia e as atividades/ ações desenvolvidas pelas ESF, facilitando a organização do processo de trabalho no nível local.

O município dispõe de protocolos clínicos que orientam as ações de profissionais da rede de saúde municipal, construídos coletivamente entre gestores e profissionais das ESF o que facilita seu uso pelos profissionais.

As ESF estabelecem ações prioritárias, mas essas estão concentradas em certos grupos populacionais, o que limita o alcance da Estratégia e a resolutividade das ESF. A definição de número restrito de grupos prioritários dificulta o acesso e a constituição da USF como porta de entrada preferencial, como mencionado.

Atividades de grupos com usuários portadores de agravos específicos constituem uma prática incorporada pelas ESF de forma rotineira, demonstrando um avanço em relação às ações tradicionais de atenção à saúde, que intensifica processos de educação em saúde e pode facilitar a criação de vínculos e adesão aos tratamentos. Atividades de grupos como de anti-tabagismo, hipertensos e gestantes, além de ações de educação em saúde como palestras, e atividades para idosos e para a adolescência e juventude estiveram entre as principais sugestões das famílias de atividades a serem oferecidas pelas ESFs.

As visitas domiciliares de ACS são uma atividade avaliada de forma positiva pelas famílias cadastradas. A existência de um percentual de ACS que declaram realizar visita domiciliar com frequência inferior a todos os dias, a elevada proporção de famílias que não conhecia o ACS ou recebera sua visita demonstra que essa é uma atividade que precisa ser incentivada e melhor acompanhada pelo município.

### *Integração*

A SMS de Florianópolis recentemente vem adotando um conjunto de medidas para promover a integração da AB/SF e garantir acesso à atenção especializada. A recente adesão ao Pacto de Gestão e assunção de responsabilidade do município pela atenção especializada (a partir de 2007) permitiu ampliar a autonomia municipal em relação à organização da atenção e, conseqüentemente, trouxe ganhos de acesso.

A implantação do SISREG – sistema informatizado de marcação e regulação de consultas e exames especializados – impulsionada pela Estratégia Saúde da Família no município e incentivada pelo Ministério da Saúde, abriu a possibilidade de definição de prioridades clínicas, permitiu a marcação *on-line* de procedimentos no próprio centro de saúde, possibilitou o conhecimento e redução das filas de espera e o acompanhamento do percurso do usuário no sistema de saúde.

Apesar desses avanços, persistem dificuldades de acesso à atenção especializada, provocadas, em certa medida, pelas dificuldades de contratação/ fixação de



especialistas, mesmo os concursados, devido à exigência de carga horária de 40 horas semanais. Tais dificuldades são ainda agravadas pela falta de integração entre prestadores municipais e estaduais.

O monitoramento dos encaminhamentos feitos pelas ESF por meio da elaboração de relatórios com as listas de espera pode subsidiar a definição das especialidades com necessidades de contratação.

A expansão de cobertura da Estratégia de Saúde da família obriga à reorganização da rede assistencial para garantir o acesso integral. Investimentos em média complexidade potencializam a resolutividade da atenção básica.

A demora na marcação de consultas e exames e a insuficiência de profissionais foram os pontos negativos mais mencionados pelas famílias, corroborando a necessidade de maior agilidade nos fluxos entre os diferentes níveis do sistema local de saúde.

No caso dos SADT, sua marcação e regulação pelo SISREG têm possibilitado os mesmos avanços que os das consultas especializadas e apresenta os mesmos limites da falta de integração entre prestadores municipais e estaduais. Cabe destacar a existência de longo tempo de espera para alguns procedimentos. A implantação das policlínicas regionalizadas possibilitou melhorias no acesso a esses serviços.

Capacitações específicas e a utilização dos protocolos podem ser estratégias importantes para qualificar as solicitações de procedimentos de apoio diagnóstico. Nas diversas cidades, gestores identificam um excesso de pedidos de exames pelos médicos das ESF sem critérios definidos e sem justificativa clínica suficiente. A capacitação dos profissionais para aprimorar a qualidade dos registros nos prontuários e as justificativas clínicas para exames e consultas contribui para melhorar a continuidade dos cuidados e aumentar a eficiência. Capacitações específicas podem ser definidas a partir do monitoramento dos encaminhamentos realizados pelas ESFs.

A ampliação dos serviços oferecidos com maior acesso e possibilidade de prescrição e solicitação de exames pela ESF aumenta a resolutividade da APS, contudo deve ser monitorada para evitar solicitações desnecessárias.

A definição de cotas físicas de serviços especializados distribuídas por unidade de saúde potencialmente afetam iniquidades de acesso, contudo devem estar condicionadas por critérios epidemiológicos de necessidade.

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 em seu território de serviços especializados estaduais que não foram descentralizados e atendem a população de todo o estado.

A habilitação somente na atenção básica e a muito recente adesão ao Pacto de Gestão dificulta a organização da rede assistencial. Prestadores de serviços de saúde estaduais localizados no território municipal não são regulados pelo município levando a subotimização do uso de recursos e da oferta pública existente.

A fragmentação entre as redes assistenciais públicas municipal e estadual instaladas nos territórios das capitais contribui para uma 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 conformação de uma única rede assistencial.

A fragmentação entre a oferta de atenção especializada garantida pelo estado e pelo município dificulta a gestão dos serviços de saúde no município. Há necessidade de acelerar o processo de negociação para que o município possa regular e articular estes serviços presentes no seu território garantindo o acesso integral aos munícipes.

A ausência de regulação dos serviços hospitalares que estão sob gestão estadual impede a definição de fluxos e o acompanhamento dos pacientes correndo a possibilidade de funções de coordenação dos cuidados pelas equipes.

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.

A criação de serviços especializados próprios municipais representa esforço significativo empreendido pelos gestores locais para garantia de consultas e exames especializados.

Além da adoção do processo de regulação, outras medidas visando à integração da rede assistencial e coordenação da atenção foram adotadas pelo município de Florianópolis, com saldo positivo.

O estabelecimento de protocolos facilita a coordenação dos cuidados ao definir fluxos e responsabilidades. A construção de linhas de cuidado e elaboração de protocolos em conjunto por profissionais da AB, especialistas, entidades profissionais e gestores facilita a articulação e comunicação entre níveis assistenciais, a coordenação dos cuidados e a adesão dos profissionais às diretrizes estabelecidas.

A produção de protocolos clínicos para diversas áreas incorporando a nova condição de gestão municipal da saúde com acesso a serviços especializados contribui para organizar fluxos. O processo compartilhado de construção coletiva dos protocolos facilita o diálogo e a cooperação entre especialistas e generalistas e contribui como estratégia de educação permanente dos profissionais das ESF para seu uso.

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

O prontuário eletrônico utilizado por profissionais de toda a rede assistencial possibilita que o médico da Saúde da Família receba a contra-referência logo após a consulta com o especialista.

A implantação de prontuários eletrônicos tem deslocado a organização dos prontuários familiares para registros individuais o que pode incidir sobre a atenção dirigida às famílias, reduzindo a compreensão do enfoque familiar da Estratégia SF. Ferramentas de informática poderiam ser desenvolvidas para permitir a composição de prontuários eletrônicos familiares a partir das entradas individuais.

Como mencionado, a ampliação da rede assistencial própria é outra estratégia adotada pelo município para aumento de oferta de serviços, mas essa alternativa não parece ser suficiente para resolver o problema da articulação entre a gestão municipal e estadual de saúde.

O apoio matricial e a implantação de equipes de NASF também são mecanismos importantes para qualificação da atenção básica e de integração com a atenção

especializada, com potencialidades para superar, além da histórica fragmentação na organização dos sistemas de saúde, a distância entre profissionais dos dois níveis assistenciais.

O estabelecimento de fluxos para os serviços de urgência/ emergência e para a rede hospitalar sob gestão estadual constitui, no entanto, um grande nó à atenção integral e à continuidade da atenção, agravados pela falta de articulação entre os gestores municipal e estadual de saúde.

### *Intersetorialidade*

Ações intersetoriais envolvendo tanto os diversos setores governamentais como também as organizações da sociedade civil contribuem para maximizar o uso dos recursos e, conseqüentemente, potencializam o alcance da eficácia e efetividade das intervenções públicas, ao mesmo tempo em que abrem a possibilidade de responder aos determinantes mais gerais do processo saúde-doença.

Em Florianópolis, experiências intersetoriais envolvendo os setores de saúde, educação e assistência social têm longa duração e contribuem para uma maior articulação das intervenções públicas no nível local. No entanto, essas ações são ainda pontuais e poderiam ter maior abrangência e institucionalidade se articulada a uma política municipal e a uma modalidade integrada de atuação governamental.

Existem diversos fóruns intersetoriais, cada qual vinculado a projetos específicos. Se esses fóruns representam, de um lado, ganhos em termos de propiciar a discussão e tomada de decisão conjunta entre os setores envolvidos, por outro lado, podem gerar uma profusão de espaços coletivos que tendem a fragmentar as ações no município em vez de responder a um esforço integrado de intervenção pública. Projetos como o voltado à atenção à população de rua, o Saúde Escolar e o projeto dos celíacos são experiências bem sucedidas que podem trazer a contribuição de lições aprendidas de boas práticas em saúde.

Parte das ESF desenvolve diversas ações comunitárias em conjunto com outros setores. A existência de alta proporção de profissionais que declararam não realizar ações intersetoriais sugere a necessidade de estímulo a essas práticas.

Há limites na atuação intersetorial das ESF e a articulação intersetorial deve ser uma estratégia estruturante da política municipal.

Destaque deve ser dado à integração promovida pela Rede Docente-Assistencial, envolvendo a SMS e a UFSC. Essa integração tem possibilitado a formação de profissionais da saúde a partir da vivência nas unidades de saúde do SUS municipal, tanto em âmbito dos cursos de graduação como na residência em SF. A contribuição dessa integração para a capacitação continuada e educação permanente das ESF, no entanto, não está bem explicitada e poderia ser incentivada/ aprimorada.

Os ACS são reconhecidos como importantes no estabelecimento das parcerias intersetoriais, tanto por realizarem a divulgação das ações desenvolvidas como também por conhecerem a comunidade na qual atuam e, com isso, podem identificar as necessidades e demandas da população.

A troca de informações e experiências propiciada pelo desenvolvimento de trabalhos conjuntos entre os diversos setores é um ganho trazido pelas ações intersetoriais e permite superar os limites da intervenção setorial.

Destacam-se como fatores limitantes para a atuação e mediação de ações intersetoriais pelas ESF o pouco conhecimento e compreensão sobre as atribuições de cada setor, a baixa visibilidade e pouca divulgação das ações intersetoriais empreendidas e o excesso de fóruns que acabariam fragmentando as ações.

O território local é a base das iniciativas de articulação intersetorial e as ESF tem 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 na constituição de redes de serviços sociais no nível local de modo que o acesso à USF facilite o acesso a outros serviços sociais.

É relativamente alto o grau de conhecimento e participação dos profissionais em fóruns coletivos de discussão da política de saúde municipal, notadamente o Conselho Municipal de Saúde, a Conferência Municipal e os Conselhos Locais de Saúde, em que boa parte dos profissionais das ESF informou não só conhecer como também participar, seja como membro ativo, seja com participação eventual.

Os Conselhos Locais de Saúde são espaços coletivos de discussão conjunta no 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 importante agente.

O desenvolvimento de ação comunitária poderia ser fortalecido. Constatase certo descompasso entre os avanços da integração da rede assistencial e a incipiente ação intersetorial local promovida pela ESF.

Há limites na atuação intersetorial das ESF 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 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 para a ação (WHO/PHAC, 2008). O reconhecimento destes limites contudo não é impeditivo para o incentivo à ação comunitária das ESF que pode ser fortalecido.

#### *Recursos humanos*

Na fase de consolidação da Estratégia SF sobressai como grande desafio a qualificação dos profissionais 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.

Os recursos humanos em saúde constituem, reconhecidamente, um dos principais desafios ao processo de implementação do Sistema Único de Saúde brasileiro. Tais desafios são ainda maiores quando se analisa a Estratégia Saúde da Família, seja no que diz respeito à formação e capacitação dos profissionais para atuarem no âmbito das ESF, seja pela questão dos vínculos trabalhistas e estratégias de fixação de pessoal, seja ainda pela adesão desses profissionais à proposta do SF.

Pode-se dizer que, de maneira geral, a gestão de trabalho das equipes de saúde de família em Florianópolis 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 pela busca da regularização dos vínculos através da realização de concursos públicos, pelo investimento e valorização do processo de qualificação dos trabalhadores, pelo tempo de permanência dos profissionais nas equipes, pela adoção de mecanismos de remuneração adequados por categoria e complementações via recompensas específicas e pelas estratégias de fortalecimento das equipes através da implantação do modelo matricial.

De fato, a realização de concursos públicos para substituição dos quadros terceirizados em todas as categorias profissionais tem sido uma preocupação recorrente dos gestores da saúde de Florianópolis. Essa forma de contratação tem possibilitado vínculos trabalhistas mais estáveis, com impacto positivo na fixação dos profissionais na Estratégia Saúde da Família ao mesmo tempo em que encerra a perspectiva de melhoria de desempenho das ações de saúde.

Na gestão de recursos humanos para a atenção primária, a contratação por concurso público é estratégia necessária que facilita a fixação de profissionais, mas não suficiente. Chama atenção a permanência de dificuldades para atração e retenção dos profissionais médicos, sobretudo devido à carga horária de 40 horas semanais, associada à exigência, por parte da SMS, de dedicação exclusiva dos profissionais. Ademais, deve-se levar em consideração a forte presença da prática liberal da medicina como concorrente à adesão desses profissionais à Estratégia SF.

Uma dificuldade adicional à realização de concursos públicos, sobretudo para os médicos, diz respeito à falta de preparo dos profissionais, o que se reflete no baixo índice de candidatos classificados.

No caso dos ACS, a inserção desses profissionais no quadro permanente da SMS permanece como um desafio, sendo a contratação via CLT a forma predominante de inserção profissional dessa categoria.

As estratégias de educação permanente que privilegiam o espaço de trabalho como um espaço de aprendizagem são fundamentais para a qualificação de ACS. Realizadas por enfermeiros podem contribuir para que a supervisão se processe em espaço de aprendizagem e menos de controle gerencial.

A baixa credibilidade e 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.

Um ponto positivo à adequação do perfil profissional dos médicos à Estratégia SF diz respeito à exigência recente de titulação de especialista como requisito ao ingresso dos médicos, via concurso público, ao quadro permanente da SMS. Esse requisito tem possibilitado um aumento da qualificação dos profissionais inseridos nas ESF, especificamente com formação em Saúde da Família ou equivalente. Da mesma forma – ou talvez como consequência dessa exigência – a maioria dos médicos inseridos nas ESF tem experiência prévia de trabalho em SF, o que, por sua vez, constitui em fator adicional à adesão desses profissionais à Estratégia.

Embora Florianópolis apresente um dos maiores percentuais de qualificação em SF dos profissionais entrevistados em relação aos outros municípios pesquisados, cabe destacar que, do ponto de vista do perfil dos profissionais, há ainda a necessidade de ampliar a quantidade de profissionais enfermeiros com especialização própria para atuar na estratégia de saúde da família.

O município de Florianópolis tem investido em diversas estratégias para fixação e adesão dos profissionais das diferentes categorias à Estratégia SF. Uma delas é a complementação salarial de todas as categorias em seu patamar mais alto, a equiparação do salário dos médicos das ESF com os demais especialistas médicos e oferta de alguns benefícios e vantagens salariais. Ainda assim, a percepção dos profissionais aponta que a remuneração permanece como fator de insatisfação.

Vale destacar que outro fator limitante à gestão do trabalho da SF é a ausência de um Plano de Carreiras próprio para a área de saúde.

Outros fatores de insatisfação mencionados pelos profissionais foram 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 de saúde da família.

Em relação à capacitação, os principais pontos de melhoria identificados estão relacionados à efetividade do curso introdutório para os ACS e auxiliares/técnicos de



enfermagem, bem como das capacitações voltadas para que os profissionais estejam aptos a lidar com a diversidade sócio-cultural da comunidade.

A constituição das USF como campo de formação da graduação como ocorre em Florianópolis qualifica os serviços prestados pela Estratégia. Por meio da Rede Docente-Assistencial integrada pela Prefeitura de Florianópolis e a Universidade Federal de Santa Catarina, as unidades de Atenção Básica constituem campos de formação de alunos dos diversos cursos de graduação e pós-graduação da área da saúde. Ao mesmo tempo, e em face da carência de oferta de vagas em residência no estado, a possibilidade de cursar residência em SF configura um atrativo para ingresso de profissionais no município, embora insuficiente para fixá-los.

A implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) traz a perspectiva de ampliação e diversificação dos recursos humanos na ESF em Florianópolis, alargando a abrangência e o escopo das ações de atenção básica, melhorando a qualidade e a resolutividade da atenção a saúde, através de equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuarão em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família.

Como principais desafios para a gestão do trabalho no município de Florianópolis destacam-se a adesão das categorias médica e de enfermagem e suas respectivas representações ao novo modelo assistencial que orienta a Estratégia de Saúde da Família e o aperfeiçoamento dos mecanismos de gestão.

Por fim, as dimensões analisadas da gestão do trabalho nas equipes do município de Florianópolis reforçam os desafios na busca em minimizar a complexidade da inserção dos profissionais na Estratégia Saúde da Família face ao contexto de trabalho e seu entorno.

No sentido de alterar este panorama, são colocadas 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 se insere a discussão das instituições e mecanismos de regulação do sistema e das relações de trabalho bem como aspectos de regulação profissional.

\*\*\*\*

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 com 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 uma falsa consciência de que não devem 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 SF, 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 estes estratos populacionais que reivindicam a cobertura por ESFs em suas áreas de moradia.

Os obstáculos a superar para garantia de atenção integral são de diversas ordens – financeiros, de oferta insuficiente e formação inadequada de recursos humanos (Conill, 2008). Ainda assim, os resultados dos estudos de caso realizados na pesquisa 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 atenção especializada tem potencialidade de reorientar a organização do sistema de saúde para garantia do direito universal à saúde na medida em que seja assumida como política integrada de governo, e que construa interfaces e promova 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.

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.

Cardoso JR. *Macroeconomia e Mercado de Trabalho no Brasil: trajetória recente e tendência aparente*. Disponível em, [www.observarh.org.br/nesp/subsecoes.php?subsecao=Gestao&secao=Projetos%20e%20Estudos](http://www.observarh.org.br/nesp/subsecoes.php?subsecao=Gestao&secao=Projetos%20e%20Estudos) - 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.

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.): S191-S202.

DAB/SAS/Ministério da Saúde, 2008, Evolução do Crescimento e Implantação da Estratégia Saúde da Família, <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/>

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.

Dedeca CS, Rosandiski EM, Carvalho MS, Barbieri CV. *Dimensão do Setor de Atendimento à Saúde no Brasil*. Disponível em, [www.abep.nepo.unicamp.br/site\\_eventos\\_abep/PDF/ABEP2004\\_426.pdf](http://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.

Scorel 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.

Scorel 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. segunda edição revisada.

Scorel 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.

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 ALÁ. *Agenda Nacional de Recursos Humanos em Saúde: diretrizes prioridades*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2002: 289-322.
- Gérvas 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 – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2000*. Disponível em, <http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/cd2000cgp.asp?o=7&i=P> - acesso em janeiro de 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*, 2ªed.; 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.

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.alli. *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.

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; developing 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. Reportagem especial. Na cidade de Florianópolis, o processo de trabalho inclui o Acolhimento. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, n15. Brasília, 2007

Ministério da Saúde. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS. *Informações de saúde/Demográficas e socioeconômicas*; 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 de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família – AMQ. 6 v. – (*Serie B. Textos Básicos de Saúde*). Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

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> - acesso em jan 2008.

Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz. *Pesquisa Mundial de Saúde/Municípios do Brasil/Atenção Básica*. Rio de Janeiro: MS/Fiocruz; 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](http://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*. Disponível em, [www.observarh.org.br/nesp/subsecoes.php?subsecao=Gestao&secao=Projetos%20e%20Estudos](http://www.observarh.org.br/nesp/subsecoes.php?subsecao=Gestao&secao=Projetos%20e%20Estudos) - acesso em 07/10/2008.

Observatório de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo – OBSERVARHSP. *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](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 intersetorial 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.

PMF/SMS/GS – Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde, Gabinete do Secretário. Portaria/SS/GAB/Nº 283/2007. SMS: Florianópolis, disponível em <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/portarias/2007/>

PNUD/IPEA/Fundação João Pinheiro/ IBGE IDH. *Atlas de Desenvolvimento Humano*. Brasília: PNUD/IPE/FJP/IBGE; 2000.

Pochmann M, Amorim R, organizadores. *Atlas da exclusão social no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2003: 222.

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.

Putnam R. *Comunidade e Democracia: a experiência da Itália moderna*. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas; 1996.

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.

Seixas PH, Stella RCR. Médicos e Mercado de Trabalho: experiências de interiorização, estímulos e alternativas de fixação. In: NEGRI B, FÁRIA 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](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* nº166. 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 / PHAC – World Health Organization / 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.....	33
Tabela 2 – Número de estabelecimentos, equipes e profissionais de saúde e número de famílias cadastradas por município de pesquisa.....	37
Tabela 3 – Efeito do desenho para algumas variáveis de famílias e profissionais .....	39
Tabela 4 – Tamanho da amostra de equipes, profissionais e famílias por município de pesquisa .....	40
Tabela 5 – Universo, número de entrevistas na amostra (prevista e realizada) e percentual de perdas por tipo de questionário, pesquisa Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	45

### **TABELAS CAPÍTULOS III**

Tabela 1 – Indicadores demográficos e socioeconômicos, Florianópolis (SC).....	50
Tabela 2 – Famílias e pessoas residentes em domicílios particulares por número de componentes das famílias, Florianópolis (SC) e Brasil, 2000 .....	51
Tabela 3 – Famílias residentes em domicílios particulares por tipo de composição familiar, Florianópolis (SC) e Brasil, 2000 .....	51
Tabela 4 – Índice de exclusão social (IES), Florianópolis (SC), 2000 .....	53
Tabela 5 – Indicadores de vulnerabilidade das pessoas responsáveis pelos domicílios particulares permanentes, Florianópolis (SC) e Brasil.....	54
Tabela 6 – Domicílios e moradores em domicílios particulares permanentes, por situação de saneamento básico, Florianópolis (SC) 2000.....	54
Tabela 7 – Características dos domicílios das famílias cadastradas pelo PSF, Florianópolis (SC) 2004-2007.....	55
Tabela 8 – Indicadores epidemiológicos selecionados, Florianópolis (SC) e Brasil 2000-2004.....	57
Tabela 9 – Informações sobre condições de nascimentos, Florianópolis (SC) e Brasil 2000-2004 .....	58
Tabela 10 – Indicadores de morbidade, Florianópolis (SC) 2005 .....	59
Tabela 11 – Estabelecimentos de saúde, Florianópolis (SC), dezembro 2007 .....	60
Tabela 12 – Estabelecimentos ambulatoriais do SUS por prestador, Florianópolis (SC), 2007.....	61
Tabela 13 – Rede ambulatorial do SUS por prestador e esfera administrativa, Florianópolis (SC), 2006 - 2007.....	62
Tabela 14 – Estabelecimentos do SUS que prestam serviços ambulatoriais por natureza, Florianópolis (SC), 2006 - 2007.....	62

Tabela 15 – Produção ambulatorial* do SUS, Florianópolis (SC), 2006 - 2007 .....	62
Tabela 16 – Produção ambulatorial do SUS*, Florianópolis (SC), 2002 - 2007 .....	63
Tabela 17 – Produção ambulatorial de atenção básica do PACS/PSF do SUS*, Florianópolis (SC), 2002 - 2007 .....	64
Tabela 18 – Consultas médicas e procedimentos SUS por habitante per capita, Florianópolis (SC) e Brasil, 2002 - 2005 .....	65
Tabela 19 – Número de profissionais de saúde por mil habitantes, Santa Catarina e Brasil, 2002 - 2005 .....	65
Tabela 20 – Rede hospitalar do SUS por prestador e esfera administrativa, Florianópolis (SC), 2006 - 2007 .....	66
Tabela 21 – Leitos vinculados ao SUS por esfera administrativa, Florianópolis (SC), 2005 – 2007 .....	66
Tabela 22 – Leitos hospitalares SUS, por tipo de estabelecimento e prestador, Florianópolis (SC), 2007 .....	67
Tabela 23 – Proporção de internações hospitalares do SUS por especialidade, Florianópolis (SC), 2002 - 2005 .....	67
Tabela 24 – Indicadores da atenção hospitalar Florianópolis (SC) e Brasil, 2002 - 2005 .....	67
Tabela 25 – Tempo médio de permanência em internação hospitalar por especialidade, Florianópolis (SC), 2002 - 2007 .....	68

#### **TABELAS CAPÍTULOS IV**

Tabela 1 – A1 Caracterização do informante quanto à posição ocupada na família, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	69
Tabela 2 – A2.1 Número de famílias e moradores pesquisados, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	69
Tabela 3 – A3A Sexo do Chefe da Família, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	70
Tabela 4 – A3.1 Chefes de família segundo a faixa etária, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	70
Tabela 5 – A3C Chefes de família segundo cor ou raça, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	72
Tabela 6 – A3E Nível de instrução dos chefes de família, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	72
Tabela 7 – A4A Principal fonte de renda dos chefes de família, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	73
Tabela 8 – A4B Chefes de família empregados do setor público, privado ou trabalhadores domésticos segundo a formalização do vínculo de trabalho, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	73
Tabela 9 – A5.1 Renda familiar mensal, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	74
Tabela 10 – Quadro síntese das principais características de vulnerabilidade dos chefes de famílias, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	75
Tabela 11 – A3A Moradores segundo o sexo, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	75

Tabela 12 – A3.2 Moradores segundo faixa etária, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	76
Tabela 13 – A3E Nível de instrução dos moradores, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	76
Tabela 14 – A4A Principal fonte de renda dos moradores, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	77
Tabela 15 – A4B Moradores empregados do setor público, privado ou trabalhadores domésticos segundo a formalização do vínculo de trabalho, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	77
Tabela 16 – A6 Famílias com integrantes que recebem aposentadoria, pensão ou benefício do governo, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	78
Tabela 17 – A7 Tipos de benefícios recebidos por integrantes das famílias, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	78
Tabela 18 – A8 Famílias com integrantes portadores de plano privado/seguro de saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	78
Tabela 19 – Quadro síntese das principais características de vulnerabilidade dos moradores, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	79
Tabela 20 – B1 Domicílios cadastrados segundo tipo de construção predominante, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	79
Tabela 21 – B2.1 Domicílios cadastrados segundo número de cômodos, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	80
Tabela 22 – B3A Quantidade de cômodos que estão servindo de dormitório, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	80
Tabela 23 – B3B Quantidade de cômodos que estão servindo de banheiro interno, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	80
Tabela 24 – B3C Quantidade de cômodos que estão servindo de cozinha, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	81
Tabela 25 – B4 Domicílios segundo ligação à rede geral de abastecimento de água, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	81
Tabela 26 – B5 Domicílio segundo abastecimento de energia elétrica, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	81
Tabela 27 – B6 Domicílios segundo ligação à rede geral de esgoto, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	81
Tabela 28 – B7 Domicílio segundo o tipo de esgotamento sanitário utilizado na casa, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	82
Tabela 29 – B8 Domicílios segundo tipo de coleta de lixo, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	82
Tabela 30 – B9 Domicílios com outra forma de destino do lixo, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	82
Tabela 31 – Quadro síntese das principais características de vulnerabilidade habitacional, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC) 2008.....	83

Tabela 32 – Distribuição de serviços públicos de saneamento básico nos domicílios pesquisados e no total de domicílios (em %), Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	83
Tabela 33 – B10 Domicílios segundo tipo de equipamentos domésticos existentes, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	84
Tabela 34 – P1 Ocorrência frequente de casos de violência na comunidade segundo a percepção das famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	85
Tabela 35 – P2 Tipos de violência ou acidentes mais comuns ocorridos na comunidade segundo a percepção das famílias cadastradas, Florianópolis (SC), 2008.....	85
Tabela 36 – P3 Situação de violência ou acidente sofrida pelas famílias cadastradas nos últimos 12 meses, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	86
Tabela 37 – P4.1 Pessoas com experiência de situação de violência ou acidente nos últimos 12 meses, segundo famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	86
Tabela 38 – P5.1 Episódios de violência ou acidente com as moradores nos últimos 12 meses, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	86
Tabela 39 – P6A Tipos de episódios de violência ou acidentes com moradores nos últimos 12 meses, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	87
Tabela 40 – P6B Existência de ferimento em episódio de violência ou acidente com moradores nos últimos 12 meses, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	87
Tabela 41 – P6C Serviço de saúde procurado em episódio de violência ou acidente com moradores nos últimos 12 meses, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	88
Tabela 42 – 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, Florianópolis (SC), 2008 .....	88

## **TABELAS CAPÍTULOS V**

Tabela 1 – Implantação das ESF e cobertura do PSF no município de Florianópolis (SC), 1998 a 2007..	93
Tabela 2 – C1 Número de equipes de saúde da família na unidade de saúde informado por gestores e profissionais de saúde, Florianópolis (SC) 2008 .....	98
Tabela 3 – 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, Florianópolis (SC), 2008 .....	100
Tabela 4 – C19 Avaliação do espaço físico da unidade segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família Florianópolis (SC), 2008 .....	101
Tabela 5 – D6 Existência de coleta de material para exames de laboratório na USF informada por médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	102
Tabela 6 – C2 Horário de funcionamento da USF informado pelos médicos e enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008 .....	102
Tabela 7 – Indicadores municipais de financiamento do SUS, Florianópolis (SC), 2002-2007.....	111

Tabela 8 – Composição dos gastos totais do SUS municipal por tipo de despesa (%), Florianópolis (SC), 2002-2007..... 112

Tabela 9 – Atenção Básica – Receitas realizadas por administração direta do município de Florianópolis (SC) (Valores correntes em R\$ 1,00) ..... 113

## **TABELAS CAPÍTULOS VI**

Tabela 1 – A1 Médicos e Enfermeiros, segundo sexo, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008..... 121

Tabela 2 – A1 Agentes Comunitários de Saúde e auxiliares/ técnicos de enfermagem, segundo sexo, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008..... 122

Tabela 3 – A2 Médicos e Enfermeiros, segundo faixa etária, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 ..... 122

Tabela 4 – A2 Idade dos Agentes Comunitários de Saúde e dos auxiliares/técnicos de enfermagem Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008..... 123

Tabela 5 – A4 Médicos e Enfermeiros, segundo pós-graduação, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 ..... 123

Tabela 6 – Médicos e Enfermeiros com qualificação em saúde da família e /ou saúde coletiva/saúde pública ..... 124

Tabela 7 – A4 IIA Primeiro curso de especialização concluído informado pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008..... 124

Tabela 8 – A4IIB Tempo de conclusão do primeiro curso de especialização dos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008..... 125

Tabela 9 – A4IIC Segundo curso de especialização concluído informado pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008..... 125

Tabela 10 – A4IID Tempo do Segundo curso de especialização informado pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008..... 126

Tabela 11 – A4IIIA Primeira Residência completa informada pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008..... 126

Tabela 12 – A4IIIB Tempo de conclusão do primeiro curso de residência informado pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 ..... 126

Tabela 13 – A4IIIC Segunda residência completa informada pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008..... 127

Tabela 14 – A5 Realização de curso de especialização com enfoque em Saúde da Família pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 ..... 127

Tabela 15 – A6 Título de especialista em medicina de família e comunidade, segundo Médicos, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008..... 127

Tabela 16 – A4IVA Mestrado completo informado pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 ..... 128

Tabela 17 – A3 Agentes Comunitários de Saúde, segundo escolaridade, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 ..... 128



Tabela 18 – A4 Prática de estudo dos Agentes Comunitários de Saúde atualmente, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	128
Tabela 19 – A4. 1 Série/Curso feito atualmente frequentado pelos Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	128
Tabela 20 – A3 Auxiliares/ técnicos de enfermagem, segundo escolaridade, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	129
Tabela 21 – A4 Prática de estudo dos auxiliares/técnicos de enfermagem atualmente, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	129
Tabela 22 – A4. 1 Série/Curso feito atualmente frequentado pelos Auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	130
Tabela 23 – A5 Tempo que completou o curso de Auxiliar/ técnico (Anos) dos auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	130
Tabela 24 – A7 Experiência anterior em trabalho no PSF de Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	131
Tabela 25 – A6 Experiência anterior em trabalho no PSF dos Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	131
Tabela 26 – A6 Experiência anterior em trabalho no PSF de auxiliares/técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	131
Tabela 27 – B1 Tempo de atuação dos Médicos e Enfermeiros na Estratégia Saúde da Família de Florianópolis (SC), 2008 .....	132
Tabela 28 – B1 Tempo de atuação dos Agentes Comunitários de Saúde no PSF no município, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	132
Tabela 29 – Quadro de profissionais da ESF no município de Florianópolis em 31/12/2007.....	135
Tabela 30 – B6 Mecanismos de seleção, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	136
Tabela 31 – B5 Mecanismos de seleção, segundo Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	136
Tabela 32 – B4 e B6 Formas de ingresso na Estratégia Saúde da Família, segundo Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Florianópolis (SC), 2008.....	137
Tabela 33 – B7 Vínculo de trabalho, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	137
Tabela 34 – B6 Vínculo de trabalho, segundo Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares/técnicos de Enfermagem Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	138
Tabela 35 – B8 Forma de contrato de trabalho, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	138
Tabela 36 – B7 e B9 Forma de contrato de trabalho, segundo Agentes Comunitários de Saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	139
Tabela 37 – Quadro de profissionais da atenção básica, Município de Florianópolis, 2007 .....	141
Tabela 38 – B3 Motivos da escolha por trabalhar na Estratégia Saúde da Família, segundo Médicos e Enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008.....	142

Tabela 39 – B3 Motivo da escolha por trabalhar na Estratégia Saúde da Família, segundo os Agentes Comunitários de Saúde, Florianópolis (SC), 2008 .....	143
Tabela 40 – B5 Motivos da escolha por trabalhar na Estratégia Saúde da Família, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Florianópolis (SC), 2008.....	143
Tabela 41 – B4 Trabalho anterior à Estratégia Saúde da Família na Secretaria Municipal de Saúde deste município, segundo Médicos e Enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008 .....	144
Tabela 42 – B3 Trabalho anterior à Estratégia Saúde da Família na Secretaria Municipal de Saúde deste município, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Florianópolis (SC), 2008.....	144
Tabela 43 – B5 Local de trabalho na SMS deste município antes de ingressar na Estratégia Saúde da Família, segundo Médicos e Enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008.....	145
Tabela 44 – B4 Local de trabalho na SMS deste município antes de ingressar na Estratégia Saúde da Família, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Florianópolis (SC) 2008.....	145
Tabela 45 – B9 Carga horária semanal na Estratégia da Família, segundo Médicos e Enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008 .....	146
Tabela 46 – B8 Carga horária semanal na Estratégia Saúde da Família, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Florianópolis (SC), 2008 .....	146
Tabela 47 – B10 Carga horária semanal na Estratégia Saúde da Família, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Florianópolis (SC), 2008.....	146
Tabela 48 – Remuneração dos profissionais da ESF, município de Florianópolis, 2008 .....	147
Tabela 49 – B10 Remuneração bruta total, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	148
Tabela 50 – B10 Remuneração bruta total, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	149
Tabela 51 – B11 Remuneração bruta total, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	149
Tabela 52 – B11 Existência de alguma forma de benefício ou complementação salarial para atuação na Estratégia Saúde da Família, segundo Médicos e Enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008.....	149
Tabela 53 – B12 Tipo de benefício ou complementação salarial recebida para atuação na Estratégia Saúde da Família, segundo Médicos e Enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008 .....	150
Tabela 54 – B11 Existência de alguma forma de benefício ou complementação salarial para atuação na Estratégia Saúde da Família, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Florianópolis (SC), 2008.....	150
Tabela 55 – B12 Tipo de benefício ou complementação salarial para atuação na Estratégia Saúde da Família, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Florianópolis (SC), 2008.....	150
Tabela 56 – B12 Existência de alguma forma de benefício ou complementação salarial para atuação na Estratégia Saúde da Família, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Florianópolis (SC), 2008 .....	151
Tabela 57 – B13 Tipo de benefício ou complementação salarial para atuação na Estratégia Saúde da Família, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Florianópolis (SC), 2008.....	151
Tabela 58 – B13 Opinião sobre a compatibilidade da remuneração com as atribuições, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	151

Tabela 59 – B14 Opinião sobre a compatibilidade da remuneração com as atribuições, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	152
Tabela 60 – B13 Opinião sobre a compatibilidade da remuneração com as atribuições, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	152
Tabela 61 – B14 Existência de outro vínculo de trabalho, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	152
Tabela 62 – B15 Local do segundo vínculo de trabalho, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	153
Tabela 63 – B14 AUX Carga horária semanal do outro vínculo de trabalho, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	153
Tabela 64 – B15 Existência de outro vínculo de trabalho, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	153
Tabela 65 – B16 Local de trabalho do segundo vínculo de trabalho dos Auxiliares/Técnicos de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	154
Tabela 66 – B15 AUX Carga horária semanal do segundo vínculo de trabalho dos Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	154
Tabela 67 – B2 Atuação na Estratégia Saúde da Família deste município dos Médicos e Enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008 .....	157
Tabela 68 – B2 Atuação na Estratégia Saúde da Família deste município dos Agentes Comunitários de Saúde, Florianópolis (SC), 2008 .....	157
Tabela 69 – B2 Atuação Estratégia Saúde da Família deste município dos auxiliares/ técnicos de enfermagem, Florianópolis (SC), 2008 .....	158
Tabela 70 – B18 Razões para a insatisfação e rotatividade na Estratégia Saúde da Família dos Médicos e Enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008.....	159
Tabela 71 – B16 Percepção sobre incentivo do município à formação, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	162
Tabela 72 – B17 Tipo de incentivos à formação recebidos, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	163
Tabela 73 – B19 Capacitação necessária para exercer a atual atividade, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família Florianópolis (SC), 2008.....	163
Tabela 74 – B17 Capacitação necessária para exercer a atual atividade, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	164
Tabela 75 – B21 Capacitação recebida, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família Florianópolis (SC), 2008 .....	164
Tabela 76 – 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, Florianópolis (SC), 2008 .....	165
Tabela 77 – 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 Florianópolis (SC), 2008 ..	165
Tabela 78 – 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, Florianópolis (SC), 2008.....	165

Tabela 79 – B14 Participação em curso introdutório antes de ingressar na Estratégia Saúde da Família, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Florianópolis (SC), 2008.....	166
Tabela 80 – B15 Opinião dos Agentes Comunitários de Saúde sobre se o curso introdutório mostrou-se suficiente para execução das funções na Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	166
Tabela 81 – B16 Motivos alegados pelos Agentes Comunitários de Saúde para considerarem o curso introdutório insuficiente para execução das funções na Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	166
Tabela 82 – B18 Participação em curso introdutório antes de ingressar na Estratégia Saúde da Família, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Florianópolis (SC), 2008.....	167
Tabela 83 – B19 Opinião dos Auxiliares/Técnicos de Enfermagem sobre se o curso introdutório mostrou-se suficiente para execução das funções na Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	167
Tabela 84 – B20 Motivos alegados pelos Auxiliares/Técnicos de Enfermagem para considerarem o curso introdutório insuficiente para execução das funções na Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	167
Tabela 85 – B21 Participação em algum outro curso com enfoque em Saúde da Família, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Florianópolis (SC), 2008 .....	168
Tabela 86 – B18 Tipos de ações de educação permanente das quais participam, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	168
Tabela 87 – B22 Tipos de ações de educação permanente das quais participam, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	169
Tabela 88 – B20 Obrigatoriedade de participação em atividades de educação permanente, segundo os Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	169
Tabela 89 – B19 Responsáveis pela definição dos temas abordados na educação permanente, segundo Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	170
Tabela 90 – C14 Existência de supervisão da equipe de saúde da família informado pelos Médicos e Enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008.....	172
Tabela 91 – C17 Existência de supervisão da equipe de saúde da família informado pelos Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares/técnicos de enfermagem, Florianópolis (SC), 2008 .....	172
Tabela 92 – C15 Forma de supervisão da equipe de saúde da família informado pelos Médicos e Enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008.....	173
Tabela 93 – C18 Forma de supervisão da equipe de saúde da família informado pelos Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares/técnicos de enfermagem, Florianópolis (SC), 2008 .....	173
Tabela 94 – C16 Periodicidade da supervisão informada pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	174
Tabela 95 – C20 Periodicidade da supervisão informada pelos Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	174
Tabela 96 – C20 Periodicidade da supervisão informada pelos Auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	174
Tabela 97 – C17 Profissional responsável pela supervisão informado pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	175

Tabela 98 – C19 Profissional responsável pela supervisão informado pelos Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	175
Tabela 99 – C19 Profissional responsável pela supervisão informado pelos Auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família Florianópolis (SC), 2008 .....	176
Tabela 100 – C18 Foco da supervisão da equipe de saúde da família, segundo Médicos e Enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008 .....	176
Tabela 101 – C21 Ações possibilitadas pela supervisão informadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	177
Tabela 102 – C21 Ações possibilitadas pela supervisão informadas pelos Auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	178
Tabela 103 – C3 Existência de coordenador da equipe de saúde da família informada pelos Médicos e Enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008.....	180
Tabela 104 – C3 Existência de coordenador da equipe de saúde da família informada pelos agentes comunitários de saúde, Florianópolis (SC), 2008.....	180
Tabela 105 – C3 Existência de coordenador da equipe de saúde da família informada pelos auxiliares/ técnicos de enfermagem, Florianópolis (SC), 2008.....	180
Tabela 106 – C4 Profissional coordenador da equipe de saúde da família, informado pelos Médicos e Enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008.....	181
Tabela 107 – C4 Profissional coordenador da equipe de saúde da família, informado pelos Agentes Comunitários de Saúde, Florianópolis (SC), 2008 .....	181
Tabela 108 – C4 Profissional coordenador da equipe de saúde da família informado pelos Auxiliares/ técnicos de enfermagem, Florianópolis (SC), 2008.....	182
Tabela 109 – C12 Avaliação do trabalho em equipe, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 - Total .....	183
Tabela 110 – C15 Avaliação do trabalho em equipe, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	184
Tabela 111 – C15 Avaliação do trabalho em equipe, segundo Auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	184
Tabela 112 – C16 Frequência de ocorrências que dificultam o desempenho das atividades da equipe de saúde da família em sua micro-área informada pelos Agentes Comunitários de saúde, Florianópolis (SC), 2008.....	187
Tabela 113 – C16 Frequência de ocorrências que dificultam o desempenho das atividades da equipe de saúde da família em sua micro-área informada pelos Auxiliares/ técnicos de enfermagem, Florianópolis (SC), 2008 .....	188

## **TABELAS CAPÍTULOS VII**

Tabela 1 – C5 Instrumentos que orientam a programação das ações da ESF informados pelos médicos e enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008 .....	200
Tabela 2 – C5 Instrumentos que orientam a programação das ações da ESF informados pelos ACSs e auxiliares/técnicos de enfermagem, Florianópolis (SC), 2008 .....	201

Tabela 3 – C6 Profissionais que participam regularmente da programação de ações da ESF, informados pelos médicos e enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008.....	202
Tabela 4 – C6 Profissionais que participam regularmente da programação de ações da ESF, informados pelos ACSs e auxiliares/técnicos de enfermagem, Florianópolis (SC), 2008.....	203
Tabela 5 – C7 Periodicidade da programação das atividades da ESF informada pelos médicos e enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008 .....	203
Tabela 6 – C7 Periodicidade da programação das atividades da ESF informada pelos ACSs e auxiliares/técnicos de enfermagem, Florianópolis (SC), 2008 .....	204
Tabela 7 – C8 Uso dos dados do SIAB pela equipe, informado pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	204
Tabela 8 – C8 Uso dos dados do SIAB pela equipe, informado pelos ACSs e auxiliares/técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	205
Tabela 9 – C14 Instrumentos utilizados pelos ACSs para facilitar o trabalho e frequência de uso, Florianópolis (SC), 2008 .....	206
Tabela 10 – C14 Instrumentos utilizados pelos auxiliares/ técnicos de enfermagem para facilitar o trabalho e frequência de uso, Florianópolis (SC), 2008 .....	206
Tabela 11 – C9 Estabelecimento de prioridades no atendimento da população cadastrada informado pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	207
Tabela 12 – C9 Estabelecimento de prioridades no atendimento da população cadastrada informado pelos ACSs e auxiliares/técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	207
Tabela 13 – C10 Ações prioritárias das equipes de Saúde da Família informadas pelos médicos e enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008 .....	208
Tabela 14 –C10 Ações prioritárias das equipes de Saúde da Família informadas pelos ACSs e auxiliares/técnicos de enfermagem, Florianópolis (SC), 2008 .....	209
Tabela 15 – C11 Frequência de realização de atividades informada pelos médicos Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	212
Tabela 16 – C11 Frequência de realização de atividades informada pelos enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	213
Tabela 17 – C11 Frequência de realização de atividades informada pelos agentes comunitários de saúde, Florianópolis (SC), 2008 .....	214
Tabela 18 – C11 Frequência de realização de atividades informada pelos auxiliares/ técnicos de enfermagem, Florianópolis (SC), 2008 .....	216
Tabela 19 – C13 Frequência de visitas domiciliares a cada família informada pelos agentes comunitários de saúde, Florianópolis (SC), 2008 .....	218
Tabela 20 – C12 Realização de visita domiciliar em conjunto com os outros profissionais informada pelos auxiliares/ técnicos de enfermagem, Florianópolis (SC), 2008 .....	218
Tabela 21 – C13 Profissionais que acompanham nas visitas domiciliares informado pelos auxiliares/ técnicos de enfermagem, Florianópolis (SC), 2008.....	219
Tabela 22 – D18 A implantação do PSF mudou a relação entre os serviços e a população, informado pelos médicos e enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008 .....	219

Tabela 23 – D19 Valorização pela população dos procedimentos introduzidos pela PSF informado por médicos, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	220
Tabela 24 – D19 Valorização pela população de procedimentos introduzidos pela ESF informada por enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	220
Tabela 25 – D20 Relação da ESF com a população que atende segundo médicos e enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008 .....	221
Tabela 26 – D4 ACS e auxiliares/ técnicos de enfermagem procuram a família do usuário para discutir seu problema de saúde, Florianópolis (SC), 2008 .....	222
Tabela 27 – D6 Interferência da condição de morador da comunidade nas atividades dos agentes comunitários de saúde, Florianópolis (SC), 2008.....	223

## **TABELAS CAPÍTULOS VIII**

Tabela 1 – C1 Conhecimento espontâneo do Programa de Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008	225
Tabela 2 – C2 Informantes que reconheceram o PSF após leitura de texto, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	226
Tabela 3 – C3 Forma como tomaram conhecimento do Programa de Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	226
Tabela 4 – C4 Conhecimento do local de funcionamento do Programa de Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	227
Tabela 5 – C5 Facilidade de acesso ao atual local de funcionamento do Programa de Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	227
Tabela 6 – C6 Meio de transporte utilizado para chegar no local funcionamento do Programa de Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	227
Tabela 7 – C7 Domicílio cadastrado na Unidade de Saúde da Família, segundo conhecimento do entrevistado, Florianópolis (SC), 2008.....	228
Tabela 8 – E7 Experiência das famílias de atendimento pela Equipe de Saúde da Família na USF ou domicílio, Florianópolis (SC), 2008.....	228
Tabela 9 – E8 Profissionais da Equipe de Saúde da Família que realizaram atendimentos às famílias, Florianópolis (SC), 2008 .....	229
Tabela 10 – E9 Visita domiciliar do médico ou enfermeiro da Equipe de Saúde da Família nos últimos 30 dias, Florianópolis (SC), 2008.....	229
Tabela 11 – E10 Profissional da Equipe de Saúde da Família que realizou visita domiciliar nos últimos 30 dias, Florianópolis (SC), 2008.....	229
Tabela 12 – E11 Entrevistados que receberam atendimento nos últimos 30 dias por profissional da Equipe de Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	230
Tabela 13 – E12 Profissional da Equipe de Saúde da Família que atendeu o entrevistado nos últimos 30 dias, Florianópolis (SC), 2008.....	230
Tabela 14 – E13 Local de atendimento do entrevistado por profissional da Equipe de Saúde da Família nos últimos 30 dias, Florianópolis (SC), 2008 .....	231

Tabela 15 – E14 Motivo de atendimento do entrevistado por profissional da Equipe de Saúde da Família nos últimos 30 dias, Florianópolis (SC), 2008 ..... 231

Tabela 16 – G1 Conhecimento do Agente Comunitário de Saúde da área de moradia, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 ..... 232

Tabela 17 – G2 Atendimento ou visita do Agente Comunitário de Saúde da área de moradia, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008..... 232

## **TABELAS CAPÍTULOS IX**

Tabela 1 – D1a Avaliação dos profissionais quanto ao atendimento da demanda espontânea pela Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008..... 237

Tabela 2 – D1b Avaliação dos profissionais quanto a alguns aspectos do acesso à Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 ..... 238

Tabela 3 – D4c Avaliação dos profissionais quanto à posição da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial, Florianópolis (SC), 2008 ..... 239

Tabela 4 – D10 Procura do mesmo serviço de saúde para assistência ou prevenção de saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008..... 240

Tabela 5 – D11 Serviço de saúde geralmente procurado para assistência ou prevenção, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 ..... 241

Tabela 6 – D3 Famílias com integrantes que adoeceram nos últimos 30 dias, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 ..... 241

Tabela 7 – D5 Estado de saúde atual dos moradores que adoeceram doentes nos últimos 30 dias, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008..... 241

Tabela 8 – D6 Procura de atendimento por moradores que adoeceram nos últimos 30 dias, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008..... 242

Tabela 9 – D7 Moradores que adoeceram nos últimos 30 dias quanto ao serviço de saúde em que foram atendidos, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008..... 242

Tabela 10 – D8, D9 Número de serviços de saúde procurados para receber atendimento, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 ..... 243

Tabela 11 – D1 Iniciativa das famílias diante de mal-estar ou adoecimento, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 ..... 243

Tabela 12 – D2 Iniciativas diante de adoecimento ou mal-estar à noite ou nos fins de semana, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008..... 244

Tabela 13 – D1 A avaliação quanto à posição da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial segundo Médicos, Florianópolis (SC), 2008..... 245

Tabela 14 – D1 A avaliação quanto à posição da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial segundo Enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008..... 247

Tabela 15 – D1 A avaliação quanto à posição da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial segundo Médicos e Enfermeiros, Florianópolis (SC), 2008 - total..... 248

Tabela 16 – D1 A avaliação quanto à posição da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial segundo Auxiliares em Enfermagem, Florianópolis (SC), 2008 ..... 250



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, Florianópolis (SC), 2008..... 252

## **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 pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008..... 264

Tabela 2 – E27 Modo de encaminhamento do paciente para consulta com especialista nos últimos doze meses, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 ..... 265

Tabela 3 – D7 D8 Frequência de uso de normas e procedimentos para referência informada por médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008..... 266

Tabela 4 – E20 Fornecimento de informações por escrito pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família no encaminhamento ao especialista segundo famílias cadastradas, Florianópolis (SC), 2008.... 266

Tabela 5 – E21 Contrarreferência dos especialistas para Equipe de Saúde da Família segundo famílias cadastradas, Florianópolis (SC), 2008..... 267

Tabela 6 – D9 Existência de uma central de marcação de consultas especializadas informado pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008..... 267

Tabela 7 – D15 Frequência com que conseguem realizar o agendamento para outros serviços segundo médicos, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008..... 268

Tabela 8 – D15 Frequência com que conseguem realizar o agendamento para outros serviços segundo enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008..... 269

Tabela 9 – D15 Frequência com que conseguem realizar o agendamento para outros serviços segundo médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 – Total..... 269

Tabela 10 – D16 Tempo médio de espera do paciente referenciado para os outros níveis de complexidade estimado por médicos, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008..... 270

Tabela 11 – D16 Tempo médio de espera do paciente referenciado para os outros níveis de complexidade estimado por enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 ..... 271

Tabela 12 – D16 Tempo médio de espera do paciente referenciado para os outros níveis de complexidade estimado por médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 – Total.... 271

Tabela 13 – E19 Resolutividade do atendimento e necessidade de encaminhamento para especialista segundo famílias cadastradas, Estratégia Saúde de Família, Florianópolis (SC), 2008..... 272

Tabela 14 – 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, Florianópolis (SC), 2008..... 272

Tabela 15 – E23 Motivos do encaminhamento pelo médico da Equipe de Saúde da Família nos últimos trinta dias segundo famílias cadastradas, Florianópolis (SC), 2008 ..... 273

Tabela 16 – E24 Consulta do entrevistado com especialista nos últimos doze meses, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 ..... 273

Tabela 17 – E25 Encaminhamento para consulta com especialista realizado por Equipe de Saúde da Família nos últimos doze meses segundo entrevistados, Florianópolis (SC), 2008 ..... 273

Tabela 18 – 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, Florianópolis (SC), 2008.....	274
Tabela 19 – E28 Usuários que conseguiram ser atendidos pelo especialista a partir de encaminhamento realizado nos últimos doze meses, Florianópolis (SC), 2008 .....	274
Tabela 20 – E29 Intervalo de tempo transcorrido entre encaminhamento pela Equipe de Saúde da Família e realização da consulta por especialista, Florianópolis (SC), 2008.....	275
Tabela 21 – D3 Tipos de exame que podem ser solicitados pelos profissionais de saúde da família segundo médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	279
Tabela 22 – D5 Existência de normas definidas para solicitação de exames laboratoriais informada por médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Vitória (ES), 2008.....	279
Tabela 23 – D6 Existência de coleta de material para exames de laboratório na UBS informada pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 – Total.....	280
Tabela 24 – F1 Acesso a exames em atendimento realizado pela Equipe de Saúde da Família segundo famílias cadastradas, Florianópolis (SC), 2008 .....	280
Tabela 25 – F2 Local de coleta de exames de análises clínicas após atendimento pela Equipe de Saúde da Família segundo famílias cadastradas, Florianópolis (SC), 2008.....	281
Tabela 26 – F3 Conhecimento dos resultados dos exames realizados pelas famílias, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	281
Tabela 27 – F4 Existência de consulta de retorno com o médico após recebimento do resultado dos exames segundo famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	281
Tabela 28 – F5 Forma de agendamento de exames realizados pelo entrevistado nos últimos doze meses segundo famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	282
Tabela 29 – F6 Necessidade de realização de algum exame solicitado pelo médico do PSF nos últimos doze meses pelo entrevistado, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	282
Tabela 30 – F7 Possibilidade de realização dos exames solicitados pelo médico do PSF nos últimos doze meses pelo entrevistado, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	283
Tabela 31 – F8 Intervalo de tempo transcorrido entre solicitação e realização dos exames segundo entrevistados, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	283
Tabela 32 – F9 Intervalo de tempo transcorrido entre realização dos exames solicitados pelo médico do PSF e recebimento dos resultados segundo entrevistados, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	284
Tabela 33 – C13 Desempenho da equipe quanto à atenção integral prestada à população segundo Médicos, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	288
Tabela 34 – C13 Desempenho da equipe quanto à atenção integral prestada à população segundo Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	289
Tabela 35 – C13 Desempenho da equipe quanto à atenção integral prestada à população segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 – Total .....	291
Tabela 36 – E30 Acesso a medicamentos em atendimento realizado pela Equipe de Saúde da Família segundo famílias cadastradas, Florianópolis (SC), 2008.....	292
Tabela 37 – D1 Avaliação dos profissionais da ESF quanto à integração da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial, Florianópolis, 2008 .....	298

Tabela 38 – D21 Principais problemas para a integração da rede de serviços segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	298
---	-----

## **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, Florianópolis (SC), 2008 .....	308
--	-----

Tabela 2 – D10 Ações para continuidade informacional e estratégias de coordenação, segundo Médicos, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	309
---	-----

Tabela 3 – D10 Ações para continuidade informacional e estratégias de coordenação, segundo Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	310
---	-----

Tabela 4 – D10 Ações para continuidade informacional e estratégias de coordenação, segundo Médicos e Enfermeiros, Estratégia de Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 – TOTAL .....	311
--	-----

Tabela 5 – D11 Forma de organização dos prontuários informada pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	312
--	-----

Tabela 6 – D12 Anotações sobre a saúde do usuário após cada consulta pelos Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	312
---	-----

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, Florianópolis (SC), 2008 .....	313
--	-----

Tabela 8 – D3 Anotações sobre a saúde do usuário após a realização de procedimentos segundo auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	313
--	-----

Tabela 9 – D2 Relato dos atendimentos domiciliares no prontuário de saúde dos usuários pelos auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	314
---	-----

Tabela 10 – D22 Avaliação dos esforços para coordenação dos cuidados por Médicos, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	315
---	-----

Tabela 11 – D22 Avaliação dos esforços para coordenação dos cuidados por Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	315
---	-----

Tabela 12 – D22 Avaliação dos esforços para coordenação dos cuidados por Médicos e Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 – Total .....	316
---	-----

## **TABELAS CAPÍTULOS XII**

Tabela 1 – E1 Avaliação da situação de saúde da comunidade pelas ESF nos últimos cinco anos, segundo as famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	328
---	-----

Tabela 2 – E2 Participação das famílias cadastradas na elaboração da avaliação da situação de saúde na comunidade pelas ESF, segundo famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	328
--	-----

Tabela 3 – E3 Conhecimento dos problemas de saúde mais importantes da comunidade pelas ESF, segundo famílias cadastradas, Florianópolis (SC), 2008 .....	329
--	-----

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, Florianópolis (SC), 2008 .....	329
--	-----

Tabela 5 – D5 Indagação sobre fatores de risco social ou condições de vida do usuário durante a visita domiciliar realizada pelos agentes comunitários de saúde e durante a realização de procedimentos pelos auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	330
Tabela 6 – B20 Capacitação para atuar considerando a diversidade sócio-cultural da comunidade informada pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	331
Tabela 7 – B22 B25 Capacitação para atuar considerando a diversidade sócio-cultural da sociedade informado ACS e auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	331
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, Florianópolis (SC), 2008.....	332
Tabela 9 – E1 Existência de trabalho em conjunto com outras instituições, organizações ou grupos da comunidade para realização de ações intersetoriais informada pelos agentes comunitários de saúde e auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	332
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, Florianópolis (SC), 2008.....	333
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, Florianópolis (SC), 2008 .....	333
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, Florianópolis (SC), 2008 .....	334
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, Florianópolis (SC), 2008 .....	335
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, Florianópolis (SC), 2008.....	336
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, Florianópolis (SC), 2008 .....	336
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, Florianópolis (SC), 2008.....	337
Tabela 17 – E4E5 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 agentes comunitários de saúde e auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	337
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, Florianópolis (SC), 2008 .....	338
Tabela 19 – G9 Assuntos das reuniões ou atividades na comunidade, segundo famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	339

Tabela 20 – E4 Conhecimento da organização de reuniões pela Equipe de Saúde da Família com a comunidade para discutir os problemas do bairro, Estratégia de Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	339
Tabela 21 – E5 Participação de algum membro da família em reuniões organizadas pela Equipe de Saúde da Família para discussão dos problemas do bairro, Florianópolis (SC), 2008.....	340
Tabela 22– E6 Oferta de serviços de saúde nas escolas pela Estratégia de Saúde da Família, segundo as famílias cadastradas, Florianópolis (SC), 2008.....	340
Tabela 23 – O1 Principais problemas no bairro ou comunidade na opinião das famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	341
Tabela 24 – O1m Outros tipos de problema existentes no bairro ou comunidade, Estratégia de Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	341
Tabela 25 – O2 Principais problemas de saúde existentes no bairro ou comunidade, na opinião das famílias cadastradas, Estratégia de Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	342
Tabela 26 – O2i Outros tipos de problemas de saúde existentes no bairro ou na comunidade, na opinião das famílias cadastradas, Estratégia de Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	342
Tabela 27 – O3 Principais responsáveis pela solução dos problemas de saúde do bairro na opinião das famílias cadastradas, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	343
Tabela 28 – C13 Desempenho da equipe quanto à atuação intersectorial, segundo médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	345
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, Florianópolis (SC), 2008.....	347
Tabela 30 – E5 Presença das lideranças comunitárias no levantamento de informações sobre as condições de vida e saúde da comunidade informada por auxiliares/técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	347
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, Florianópolis (SC), 2008.....	348
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 de Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	349
Tabela 33 – Q1 Participação das famílias cadastradas em reuniões ou atividades comunitárias/coletivas, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	349
Tabela 34 – E12 Participação regular em outros fóruns de formulação da política e ações de saúde informada pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	350
Tabela 35 – E12a Participação regular em outros fóruns de formulação da política e ações de saúde informada pelos ACS e auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	350
Tabela 36 – E13 Participação regular em fóruns de formulação da política e de ações de saúde informados pelos médicos e enfermeiros Estratégia de Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	351
Tabela 37 – E13 Participação em fóruns de formulação da política e de ações de saúde informados pelos ACS e auxiliares/ técnicos de enfermagem que participam regularmente, Florianópolis (SC), 2008.....	351

Tabela 38 – Q2Q3 Conhecimento e participação das famílias cadastradas no Conselho Municipal de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	352
Tabela 39 – E8 Existência de Conselho Local de Saúde informada pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	352
Tabela 40 – E8 Existência de Conselho Local de Saúde informada pelos ACS e auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	352
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, Florianópolis (SC), 2008 .....	353
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, Florianópolis (SC), 2008 .....	353
Tabela 43 – E8 Participação dos Agentes Comunitários de Saúde no Conselho Local de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	353
Tabela 44 – E9 Categoria de participação dos ACS no Conselho Local de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	354
Tabela 45 – E10 Avaliação dos trabalhos do Conselho Local de Saúde para desenvolvimento de condições de saúde da comunidade, informada pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	354
Tabela 46 – E10 Avaliação dos trabalhos do Conselho Local de Saúde para desenvolvimento de condições de saúde da comunidade, informada pelos ACS e auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	355
Tabela 47 – E11 Avaliação da existência de conflito nos trabalhos do Conselho Local de Saúde, informada pelos médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	355
Tabela 48 – E11 Avaliação de conflito nos trabalhos do Conselho Local de Saúde, informada pelos ACS e auxiliares/ técnicos de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	356
Tabela 49 – Q4Q5 Conhecimento e Participação do Conselho Local de Saúde no seu Posto/Unidade Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	356
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, Florianópolis (SC), 2008 .....	357
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, Florianópolis (SC), 2008.....	358

### **TABELAS CAPÍTULOS XIII**

Tabela 1 – G3 Frequência de visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde da área de moradia, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	360
Tabela 2 – G6 Tipos de cuidados realizados por Agentes Comunitários de Saúde nos últimos 12 meses, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	362
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, Florianópolis (SC), 2008.....	363

Tabela 4 – H1-10.1 Famílias e moradores com doenças crônicas, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	363
Tabela 5 – I1 Famílias com portadores de hipertensão arterial em tratamento ou sob acompanhamento de saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	364
Tabela 6 – I1.2 Portadores de hipertensão arterial em tratamento ou sob acompanhamento, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	364
Tabela 7 – IA Local de tratamento para hipertensão arterial, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	364
Tabela 8 – I1C Frequência do tratamento ou acompanhamento de portadores de hipertensão arterial, Florianópolis (SC), 2008 .....	365
Tabela 9 – I1D Profissional da Equipe de Saúde da Família que atende mais frequentemente portadores de hipertensão arterial, Florianópolis (SC), 2008.....	365
Tabela 10 – I2-I7 Atendimento prestado pela Equipe de Saúde da Família aos informantes portadores de hipertensão arterial, Florianópolis (SC), 2008.....	367
Tabela 11 – J1 Famílias com portadores de diabetes em tratamento ou sob acompanhamento de saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	368
Tabela 12 – J1.2 Portadores de diabetes em tratamento ou sob acompanhamento, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	368
Tabela 13 – JA Local de tratamento para diabetes, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	368
Tabela 14 – J1C Frequência do tratamento ou acompanhamento de portadores de diabetes, Florianópolis (SC), 2008 .....	369
Tabela 15 – J1D Profissional da Equipe de Saúde da Família que atende mais frequentemente portadores de diabetes, Florianópolis (SC), 2008 .....	369
Tabela 16 – J2-J7 Atendimento prestado pela Equipe de Saúde da Família aos informantes portadores de diabetes, Florianópolis (SC), 2008 .....	371
Tabela 17 – M1 Famílias com integrantes grávidas ou mães de filho menor de 2 anos, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	372
Tabela 18 – M2 Realização de acompanhamento pré-natal, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	372
Tabela 19 – M4.1 Mês de gestação em que iniciou o acompanhamento pré-natal, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	372
Tabela 20 – M5 Local do acompanhamento pré-natal, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	373
Tabela 21 – M7 Frequência do acompanhamento pré-natal, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	373
Tabela 22 – M8 Profissional da ESF que realiza o acompanhamento do pré-natal, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	374
Tabela 23 – M9-M14 Atendimento prestado pela Equipe de Saúde da Família durante a gravidez, Florianópolis (SC), 2008 .....	375

Tabela 24 – N1 Famílias com criança menor de 2 anos sob acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, Florianópolis (SC), Estratégia Saúde da Família, 2008.....	376
Tabela 25 – N1.1 Famílias com criança menor de 2 anos sob acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	376
Tabela 26 – N3 Local de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	376
Tabela 27 – N5 Frequência do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	377
Tabela 28 – N6 Profissional da Equipe de Saúde da Família que realiza o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, Florianópolis (SC), 2008 .....	377
Tabela 29 – L1 Famílias com idosos ou doentes permanentemente acamados, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	378
Tabela 30 – L2 Famílias com idosos ou doentes permanentemente acamados que recebem atendimento domiciliar, Estratégia de Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	378
Tabela 31 – L3 Profissional da Equipe de Saúde da Família que realiza o atendimento domiciliar, Florianópolis (SC), 2008 .....	378
Tabela 32 – L4 Frequência do atendimento domiciliar, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008.....	379
Tabela 33 – Famílias, portadores e entrevistados segundo agravos e condições de saúde, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	379
Tabela 34 – Local de acompanhamento para diversas situações de saúde, Estratégia de Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	380
Tabela 35 – Atividades realizadas em diversas condições de saúde e situações de vida, Estratégia Saúde da Família, Florianópolis (SC), 2008 .....	381

## 2. LISTA DE FIGURAS

### GRÁFICOS E FIGURAS CAPÍTULO V

Gráfico 1 – Evolução da implantação das Equipes de Saúde da Família em Florianópolis (SC), no período de 1998 a 2007. ....	93
Gráfico 2 – Evolução do número de famílias cadastradas no PACS e PSF em Florianópolis (SC), período de 1998 a 2007 .....	94
Gráfico 3 – Evolução da contratação de ACS em Florianópolis (SC), 1998 a 2007.....	95
Gráfico 4 – Evolução da Implantação das Equipes de Saúde Bucal em Florianópolis (SC), 1998 a 2007.....	96
Ilustração 1 – Mapas Regionais de saúde, Florianópolis (SC), 2008 .....	97





## **XIX. SIGLAS E ABREVIATURAS**

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção básica em saúde
ACMFC	Associação Catarinense de Medicina de Família e Comunidade
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Acquired Immunological Deficiency Syndrome
AIHs	Autorizações de Internação Hospitalar
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
APS	Atenção Primária em Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAB	Coordenação da Atenção Básica
CAPSs	Centros de Atenção Psicossocial
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CLS	Conselho Local de Saúde
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-SC	Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde.

CRM-SC	Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
DETRAN	Departamento Estadual de Trânsito
DNER	Departamento Nacional de Estradas de Rodagem
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESB	Equipes 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 Osvaldo Cruz
GT	Grupo de Trabalho
GTES	Grupo de Trabalho de Educação para a Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB	Indicadores e Dados Básicos para a Saúde
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da 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	Núcleos 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
PAB	Piso de Atenção Básica
PABA	Piso de Atenção Básica Ampliado
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAD	Programa de Atendimento Domiciliar
PAM	Postos de Assistência Médica
PBF	Programa Bolsa Família.
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 Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
RH	Recursos Humanos
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RJU	Regime Jurídico Único
SADT	Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SC	Santa Catarina
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SESU	Secretaria de Educação Superior
SF	Saúde da Família
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
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
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISREG	Sistema de Regulação
SMLU	Secretaria Municipal de Limpeza Urbana
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMSA	Serviços Municipais de Saneamento Ambiental
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	tecnologia de informação e comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UE	União Europeia
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento
URS	Unidade de Referência Secundária

USF	Unidade de Saúde da Família
VS	Vigilância Sanitária