

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE GEOGRAFIA

Programa de Pós-Graduação em Geografia  
Área de concentração: Geografia e Gestão do Território

MARIA JOSÉ RODRIGUES



Uberlândia

2013

**Maria José Rodrigues**

**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UBERLÂNDIA:  
AVALIAÇÃO SEGUNDO A VISÃO DE DIFERENTES  
ATORES**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Geografia do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Geografia.

**Área de concentração:** Geografia e Gestão do Território

**Linha de pesquisa:** Análise, Planejamento e Gestão do Espaço Urbano.

**Orientador:** Prof. Dr. Julio Cesar de Lima Ramires

**UBERLÂNDIA**

**2013**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

**Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.**

---

R696e      Rodrigues, Maria José, 1975-  
2013      Estratégia de Saúde da Família em Uberlândia: avaliação segundo a  
visão de diferentes atores / Maria José Rodrigues. – 2013.

346 f. : il.

Orientador: Julio Cesar de Lima Ramires.  
Tese (doutorado) – Universidade Federal de Uberlândia,  
Programa de Pós-Graduação em Geografia.  
Inclui bibliografia.

1. Geografia - Teses. 2. Saúde pública – Uberlândia (MG) - Teses. 3.  
Família – Saúde e higiene- Uberlândia – Teses. I. Ramires, Julio Cesar de  
Lima. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação  
em Geografia. III. Título.

CDU: 910.1

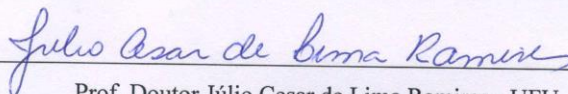
---

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**

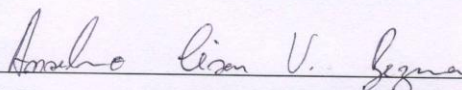
**Programa de Pós-Graduação em Geografia**

**MARIA JOSÉ RODRIGUES**

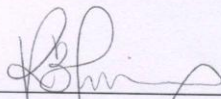
**“ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UBERLÂNDIA:  
AVALIAÇÃO SEGUNDO A VISÃO DE DIFERENTES ATORES”.**



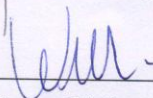
Prof. Doutor Júlio Cesar de Lima Ramires - UFU



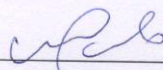
Prof. Doutor Anselmo César Vasconcelos Bezerra – IFET



Professor Doutor Raul Borges Guimarães – UNESP



Prof. Doutor Winston Kleiber de Almeida Bacelar - UFU



Prof. Doutor Paulo César Mendes – UFU

Data: 09 / 04 de 2013

Resultado: aprovada com distinção

Ao **Enio**, companheiro em todas as dificuldades, de todos os projetos e de todas as realizações. A quem agradeço por sua paciência e amor.

Ao **Mateus**, meu tesouro, nasceu junto com a dissertação e agora com a tese, cresceu muito.

A **Mariana**, filha amada, aprendeu a caminhar junto à tese, como está crescendo a minha menininha. Partilho amor, carinho e esperança com os dois.

## AGRADECIMENTOS

A realização da pesquisa contou com o apoio de diversas pessoas as quais gostaria de agradecer.

Em especial, agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Julio Cesar de Lima Ramires por ter me acompanhado durante toda minha trajetória na Pós-Graduação. Sou grata pelo apoio e atenção prestados durante todo o período que fui sua orientanda, mestrado e doutorado.

Ao Programa de Pós-Graduação em Geografia, representado pelos professores e funcionários.

À CAPES pela bolsa de estudos do período de setembro de 2009 a fevereiro 2013.

À todos os sujeitos da pesquisa – atores-chave do sistema municipal de saúde de Uberlândia: gestores, gerentes, profissionais de saúde da família e famílias cadastradas – pela disponibilidade em compartilhar seus conhecimentos, experiências e tempo na realização das entrevistas e aplicação dos questionários.

Aos amigos Vanda Aparecida Costa que muito auxiliou na aplicação dos questionários e na formatação da tese. Ao Tiago Rodrigues Soares e Meire Aparecida Vaz que auxiliaram na aplicação dos questionários. A Lorraine Campos Martins pela presteza na confecção dos mapas. A Camila Peres de Oliveira pela tabulação dos dados no SPSS e a Clarice Monteiro Vitorino pela sua colaboração na revisão textual dos originais.

Aos amigos Adairlei Aparecida, Almerinda dos Santos, Emerson Gervásio, Lidiane Aparecida, Iara da Silveira, Márcia Andréia, Maria Araci Magalhães, Sandra Muniz, Marcus Vinicius Benachio e Vanda Aparecida Costa. Amizades entrelaçadas durante a realização das disciplinas do doutorado e na convivência no Laboratório de Planejamento Urbano.

Aos meus pais Pedro e Julieta (*in memoriam*) pelo incentivo em sempre querer me ver chegar mais longe. As minhas irmãs, Maria, Ereni, Rosilene e ao meu irmão Edvânio, pela compreensão quando estive ausente, e pelo apoio especialmente com meus filhos, Mateus e Mariana.

A todos os demais que contribuíram para que esta tese fosse concluída.

## RESUMO

O Brasil tem passado por avanços importantes no acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) para sua população. Muito disso se deve à Estratégia Saúde da Família (ESF), adotada pela Política Nacional da Atenção Básica como a estratégia estruturante dessa atenção.

Em Uberlândia, 23% da população está cadastrada pelas equipes da ESF, índice considerado baixo pelo Ministério da Saúde. No entanto, toda a população uberlandense tem acesso a APS, quer seja nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), quer nos ambulatórios das Unidades de Atendimento Integrado (UAI), além das Unidades de Atenção Primária em Saúde da Família (UAPSF).

Este estudo tem por objetivo geral analisar o modelo assistencial de atenção à saúde adotado em Uberlândia a partir da implantação da ESF, tendo como foco a coordenação dos cuidados, a integração à rede de serviços e a atuação intersetorial, a partir da perspectiva das famílias cadastradas, dos profissionais das equipes de saúde da família e dos gestores envolvidos com a temática.

Para atingir os objetivos propostos, foram utilizados diversos procedimentos metodológicos: levantamento teórico referente à temática da APS, ESF, e os conceitos espaço, território e rede. Coletaram-se dados e informações sobre APS e ESF em diversos órgãos governamentais, especificamente no Ministério da Saúde e na Diretoria de Informação e Planejamento em Saúde de Uberlândia. Realizaram-se entrevistas estruturadas com as famílias cadastradas pelas equipes, entrevistas semiestruturadas com gestores e aplicou-se questionários a quatro categorias profissionais das equipes: médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Verificou-se que, para garantir a consolidação da Estratégia Saúde da Família em Uberlândia e melhorar a qualidade da atenção à saúde, é preciso reavaliar o volume de população por equipes, assim como o fluxo de pacientes entre os vários níveis, melhorar a infraestrutura e os recursos tecnológicos, avançar na coordenação dos cuidados e, também, na intersetorialidade. Contudo, é preciso investir em recursos humanos, tanto no que se refere a aumentar o número de profissionais, quanto a refletir sobre a formação destes, para que tenham o perfil adequado ao modelo da ESF.

**Palavras-chave:** Estratégia de Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, avaliação, integração e intersetorialidade.

## ABSTRACT

Brazil has been through important advances concerning the access to Primary Health Care (APS) services to its population. Many of these advances are due to Family Health Strategy (ESF), adopted by National Policy of Basic Attention as the structuring strategy of this attention.

In Uberlândia, 23% of the population is registered by ESF teams, a low rate according to the Ministry of Health. Nevertheless, the whole population has access to PHC, either on PHC clinic units (UAPS) or on ambulatories of Integrated Treatment Units (UAI), and also on Primary Care units of Family Health (UAPSF).

This research aims to analyze the health attention assistance model adopted in Uberlândia since the insertion of ESF, targeting health care management, integration to services network and intersectoral actions, from the perspective of registered families, professionals from family health teams and managers from this specific area.

To achieve those objectives, many methodological procedures were used: theoretical research concerning subjects such as APS, ESF and also the concepts of space, territory and network. The information and data about APS and ESF were collected in many government entities, specifically in Ministry of Health and into Health Information and Planning Management in Uberlândia. Structured interviews were done with the registered families, semi-structured interviews also were filled by managers and we have submitted surveys to four professionals categories from the teams: doctors, nurses, nursing technician/assistants and community health agents.

Thus, we have verified that, in order to warrant Family Health Strategy consolidation in Uberlândia and to improve the quality of health attention, it is needed to reconsider the volume of population served per team, as well as the flow of patients among the several levels, to improve infrastructure and technological resources and to advance into the health care management and intersectoriality. Nevertheless, it is also needed to invest in Human Resources, hiring more professionals and reflecting about their formation so that they can present the appropriate profile to the ESF model.

**Key words:** Family Health Strategy (ESF). Primary Health Care (APS). evaluation, integration and intersectoriality.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS - Agente Comunitário de Saúde  
AMM - Associação Mineira dos Municípios  
AIS - Ações Integradas de Saúde  
BIRD - Banco Interamericano de Desenvolvimento  
CAPS - Centros de Apoio Psico-Social  
CIB - Comissões Intergestores - Bipartites  
CIT - Comissões Intergestores - Tripartite  
CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas  
COSAC - Coordenação de Saúde da Comunidade  
CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira  
DAB – Departamento de Atenção Básica  
DAPS – Departamento de Administração e Planejamento em Saúde  
DATASUS - Departamento de Informática do SUS  
DICS – Diretoria de Informação e Comunicação em Saúde  
DS – Distrito Sanitário  
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública  
ESB - Equipes de Saúde Bucal  
ESF –Estratégia de Saúde da Família  
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz  
FMMS - Fundação Maçônica Manoel dos Santos  
FUNASA - Fundação Nacional de Saúde  
HCU - Hospital das Clínicas de Uberlândia  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
IQG - Instituto Qualisa de Gestão  
MS – Ministério da Saúde  
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde  
NUPES – Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde  
OMS Organização Mundial de Saúde  
ONA - Organização Nacional de Acreditação  
ONG Organização Não-Governamental  
ONU Organização das Nações Unidas  
OPAS Organização Pan-Americana de Saúde  
OS – Organizações Sociais  
PAB - Piso de Atenção Básica  
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PDAP – Plano Diretor de Atenção Primária  
PDR - Plano de Diretor de Regionalização da Saúde  
PIB – Produto Interno Bruto  
PMF - Programa Médico de Família  
PMU - Prefeitura Municipal de Uberlândia  
PNAS - Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde  
PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família  
PSF - Programa Saúde da Família  
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde  
SEDUR – Secretaria de Desenvolvimento Urbano

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos  
SMS - Secretaria Municipal de Saúde  
SNS - Sistema Nacional de Saúde  
SUS - Sistema Único de Saúde  
SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde  
UBQ - União Brasileira para a Qualidade  
UAI - Unidade de Atendimento Integrado  
UAPS – Unidade de Atenção Primária em Saúde  
UAPSF – Unidade de Atenção Primária em Saúde da Família  
UBS - Unidade Básica de Saúde  
UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família  
UFU - Universidade Federal de Uberlândia

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Principais dimensões de um sistema integrado de saúde.....	108
Figura 2 - Argis: ambiente de trabalho, 2012.....	117
Figura 3 - SPSS: ambiente de trabalho, 2012.....	118

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Brasil: evolução do número de municípios com Estratégia de Saúde da Família, 1994 a 2011.....	74
Gráfico 2: Brasil: Estratégia de Saúde da Família - evolução da população coberta de 1994 a 2011.....	75
Gráfico 3: Brasil: evolução do percentual de municípios com Estratégia de Saúde da Família por porte populacional, 2003 a 2011.....	76
Gráfico 4: Uberlândia: evolução das consultas básicas e de pronto atendimento, 2006 – agosto de 2012.....	163

## LISTA DE MAPAS

Mapa 1 - Cidade de Uberlândia: localização.....	22
Mapa 2 - Cidade de Uberlândia: número de pessoas responsáveis pelo domicílio sem rendimento nominal mensal, 2010.....	134
Mapa 3 - Cidade de Uberlândia: número de pessoas responsáveis pelo domicílio com rendimento nominal mensal de um a três salários mínimos, 2010.....	135
Mapa 4: Cidade de Uberlândia: número de pessoas responsáveis pelo domicílio com rendimento nominal mensal de três a cinco salários mínimos, 2010.....	137
Mapa 5 - Cidade de Uberlândia: número de pessoas responsáveis pelo domicílio com rendimento nominal mensal entre 10 e 15 salários mínimos, 2010.....	138
Mapa 6 - Cidade de Uberlândia: número de domicílios particulares improvisados, 2010.....	142

Mapa 7 – Cidade de Uberlândia: número de domicílios particulares permanentes sem banheiro de uso exclusivo dos moradores e nem sanitário, 2010.....	145
Mapa 8 - Cidade de Uberlândia: número de domicílios particulares permanentes com até 4 moradores, 2010.....	146
Mapa 9 - Cidade de Uberlândia: número de domicílios particulares permanentes com cinco ou mais moradores, 2010.....	147
Mapa 10 - Cidade de Uberlândia: número de moradores em domicílios particulares permanentes com quatro ou mais banheiros de uso exclusivo dos moradores, 2010.....	149
Mapa 11 - Cidade de Uberlândia: número de mulheres responsáveis pelo domicílio, 2010.....	152
Mapa 12 - Cidade de Uberlândia: regiões intramunicipais de saúde, 2010.	155
Mapa 13 - Cidade de Uberlândia: localização das unidades que oferecem atendimento na Atenção Primária à Saúde, 2012.....	166
Mapa 14 - Cidade de Uberlândia: Núcleos da Estratégia de Saúde da Família - 2012.....	170

## **LISTA DE MOSAICOS**

Mosaico 1 - UAPSFs Alvorada, Santa Luzia e São Jorge II e III.....	185
Mosaico 2 - UAPSFs Joana Darc, São Gabriel e Seringueiras I.....	186

## **LISTA DE ORGANOGRAMAS**

Organograma 1 - Estrutura do Ministério da Saúde, 2012.....	39
Organograma 2 - Etapas da pesquisa, 2012.....	110

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - O processo histórico da organização do setor de saúde da criação do SUS.....	42
Quadro 2 - Alcance dos principais indicadores de desempenho pactuados com o BIRD na consecução da Fase 1 do PROESF nos municípios participantes.....	80
Quadro 3 - Principais Momentos da Estratégia de Saúde da Família no Brasil.....	85
Quadro 4 - Uberlândia: número de gestores e gerentes entrevistados.....	121
Quadro 5 - Uberlândia: situação da Estratégia de Saúde da Família, janeiro de 2010.....	123
Quadro 6 - Uberlândia: número de profissional a serem entrevistados e entrevistados na ESF.....	123
Quadro 7 - Uberlândia: UAIs - população de referência para atendimento ambulatorial, especialidade, pronto-atendimento e farmácia – 2010.....	157
Quadro 8 - Uberlândia: Rede de assistência hospitalar pública e privada – 2010.....	159
Quadro 9 - Uberlândia: ações para a Atenção Primária a Saúde - 2010/2013.....	174
Quadro 10 - Uberlândia – ESF: população cadastrada por equipe/dezembro de 2012.....	187
Quadro 11 - Uberlândia: ESF - número de profissionais e famílias que responderam aos questionários.....	218
Quadro 12 - Uberlândia: número de gestores e gerentes entrevistados.....	218

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Brasil: número e percentual de municípios que implantaram a ESF até 2001, segundo região e estados.....	72
Tabela 2: Uberlândia: Tabela 2 - Uberlândia: Evolução da População de 1970 a 2010.....	130
Tabela 3 - Minas Gerais e Uberlândia: pessoas residentes em domicílios particulares por número de componentes, 2010.....	139
Tabela 4 - Uberlândia:alguns indicadores demográficos, 2010.....	150
Tabela 5 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família - sexo dos profissionais de saúde selecionados, 2012.....	192
Tabela 6 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família – faixa etária dos profissionais de saúde selecionados, 2012.....	192
Tabela 7 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família – formação em pós-graduação de Médicos e Enfermeiros, 2012.....	193
Tabela 8 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família nível de escolaridade dos agentes comunitários de saúde, 2012.....	194
Tabela 9 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família nível de escolaridade dos auxiliares/técnicos em enfermagem, 2012.....	194
Tabela 10 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família – Experiência anterior dos profissionais selecionados em trabalho na ESF, 2012.....	195
Tabela 11 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família – Mecanismos de seleção, dos Médicos e Enfermeiros, 2012.....	196
Tabela 12 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família – vínculo de trabalho dos profissionais de saúde selecionados, 2012.....	199
Tabela 13 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família – forma de contrato de trabalho dos profissionais de saúde selecionados, 2012.....	200
Tabela 14 – Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família – motivos da escolha por trabalhar na ESF, segundo Médicos e Enfermeiros, 2012.....	201
Tabela 15 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família – motivos da escolha por trabalhar na ESF, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, 2012.....	202

Tabela 16 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: experiência e local de trabalho anterior à ESF, segundo Médicos e Enfermeiros, 2012...	203
Tabela 17- Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: experiência e local de trabalho anterior à ESF, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, 2012.....	203
Tabela 18 – Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família – Carga horária semanal na ESF, segundo médicos e enfermeiros, 2012.....	204
Tabela 19 – Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família – Carga horária semanal na ESF, segundo Auxiliares/Técnicos em Enfermagem, 2012.....	204
Tabela 20 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: remuneração bruta total, segundo Médicos e Enfermeiros, 2012.....	205
Tabela 21 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: remuneração bruta total, segundo Auxiliares/Técnicos em Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, 2012.....	206
Tabela 22 – Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: Existência de alguma forma de benefício ou complementação salarial recebida para atuação na ESF, para os profissionais de saúde selecionados, 2012.....	206
Tabela 23 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: tempo de atuação de médicos e enfermeiros na ESF no município, 2012.....	208
Tabela 24 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: Tempo de atuação de Auxiliares/Técnicos em Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde na ESF no município, 2012.....	209
Tabela 25 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: atuação na ESF do município segundo médicos e enfermeiros, 2012.....	209
Tabela 26 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: atuação na ESF do município segundo Auxiliares /Técnicos em Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, 2012.....	210
Tabela 27 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: razões para a insatisfação e rotatividade na ESF, segundo médicos e enfermeiros, 2012	211
Tabela 28 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: tipo de incentivos à formação recebidos, segundo médicos e enfermeiros, 2012...	214
Tabela 29 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: capacitação necessária para exercer a atual atividade, segundo Médicos e Enfermeiros, 2012.....	215

Tabela 30 – Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família - percurso mais comum quando um paciente é atendido na UAPSF e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, segundo médicos e enfermeiros – 2012.....	219
Tabela 31 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família modo de encaminhamento do paciente para consulta com especialista nos últimos doze meses, segundo médicos e enfermeiros – 2012.....	220
Tabela 32 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família - frequência de uso e normas e procedimentos para referência informada por médicos e enfermeiros, 2012.....	221
Tabela 33 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família - Frequência com que conseguem realizar o agendamento para outros serviços segundo médicos e enfermeiros – 2012.....	223
Tabela 34 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família - tempo médio de espera do paciente referenciado para outros níveis de complexidade estimado por médicos e enfermeiros – 2012.....	224
Tabela 35 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família - Tipos de exame que podem ser solicitados pelos profissionais de saúde da Família segundo médicos e enfermeiros – 2012.....	228
Tabela 36 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família - Desempenho da equipe quanto à atenção integral prestada à população segundo médicos, 2012.....	231
Tabela 37 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família - desempenho da equipe quanto à atenção integral prestada à população segundo enfermeiros – 2012.....	233
Tabela 38 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família – ações para continuidade informacional e estratégias de coordenação, segundo médicos e enfermeiros – 2012.....	240
Tabela 39 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família – Avaliação dos esforços para coordenação dos cuidados por médicos e enfermeiros – 2012.....	242
Tabela 40 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: Diagnóstico da situação de saúde da comunidade pelas equipes nos últimos cinco anos, segundo famílias cadastradas, 2012.....	244
Tabela 41 – Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: Conhecimento dos problemas de saúde mais importantes da comunidade pelas equipes, segundo famílias cadastradas, 2012.....	245
Tabela 42 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: Indagação sobre fatores de risco social ou condições de vida do usuário durante a	



consulta pelos médicos e enfermeiros, 2012.....	245
Tabela 43 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: capacitação para atuar considerando a diversidade sociocultural da comunidade, informado pelos auxiliares/técnicos em enfermagem e ACS, 2012.....	247
Tabela 44 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: existência de trabalho em conjunto com outras instituições, organizações ou grupos da comunidade para realização de ações intersetoriais informada pelos profissionais de saúde selecionados, 2012.....	249
Tabela 45 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: entidades ou órgãos com os quais a equipe de Saúde da Família deve relacionar-se para resolução de problemas da comunidade informados por médicos e enfermeiros, 2012.....	250
Tabela 46: Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: desempenho da equipe quanto à atuação intersetorial, segundo médicos e enfermeiros, 2012.....	253
Tabela 47 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família – avaliação dos profissionais da ESF quanto à integração da Estratégia de Saúde da Família na rede assistencial – 2012.....	255
Tabela 48 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família – principais problemas para a integração da rede de serviços segundo médicos e enfermeiros, 2012.....	256

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	20
CAPÍTULO1 - A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL e o FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	34
1.1 – As políticas de saúde no Brasil a partir da criação do Sistema Único de Saúde.....	35
1.2. Prevenção e Promoção da Saúde.....	41
1.3 - Atenção Primária à Saúde: a definição de um conceito.....	45
1.4 - Estratégia de Saúde da Família: histórico de implantação no Brasil...	56
1.5 - A Política Nacional da Atenção Básica e a importância da Estratégia Saúde da Família.....	63
1.6 – Alguns desafios da Estratégia saúde da Família no Brasil.....	77
CAPÍTULO 2 - OS CAMINHOS DA PESQUISA: ASPECTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS E OPERACIONALIZAÇÃO.....	88
2.1. A importância do território para o entendimento da Estratégia Saúde da Família.....	89
2.2. As redes de atenção à saúde .....	98
2.3. Procedimentos metodológicos.....	108
2.3.1. Os questionários e as entrevistas estruturadas como instrumentos de pesquisa.....	119
2.3.2 – Os roteiros semiestruturados para entrevistas com o gestor e gerentes Municipal.....	120
2.3.3. Desenho da amostra de profissionais de saúde e famílias usuárias.....	122
2.3.4 - Seleção das amostras de profissionais de saúde e famílias usuárias.....	124
2.3.5 - Questionários de autopreenchimento para os integrantes das Equipes de Saúde da Família .....	125

2.3.6 - Entrevistas aplicadas às famílias usuárias da Estratégia de Saúde da Família na Cidade de Uberlândia.....	126
2.4. Considerações éticas.....	127
CAPÍTULO 3 - A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA CONSOLIDAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM UBERLÂNDIA.....	129
3.1. Uberlândia: caracterização socioeconômica, demográfica e habitacional .....	131
3.2 - Estrutura do sistema municipal de saúde de Uberlândia.....	153
3.3 - Atenção primária como foco prioritário das ações de saúde em Uberlândia.....	161
3. 4. Algumas reflexões sobre a implantação da Estratégia de Saúde da Família em Uberlândia.....	179
CAPÍTULO 4 - UBERLÂNDIA: GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE DA FAMÍLIA.....	190
4.1. Perfil das equipes de saúde da família.....	191
4.2. Formação dos profissionais.....	193
4.3. Experiência de trabalho anterior em Saúde da Família.....	194
4.4. Inserção profissional: vínculo trabalhista, mecanismos de seleção e remuneração.....	195
4.4.1. Mecanismos de seleção.....	195
4.4.2. Remuneração.....	204
4.4.3. Rotatividade e estratégias de fixação dos profissionais.....	207
4.5. Capacitação para o trabalho na estratégia de saúde da família.....	213
CAPÍTULO 5 - INTEGRAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE E POLÍTICAS INTERSETORIAIS ENVOLVENDO A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UBERLÂNDIA.....	217
5.1. Acesso das famílias usuárias da ESF à atenção especializada segundo profissionais e famílias.....	219
5.2. Acesso aos serviços de apoio à diagnose e terapia.....	227

5.2.1. Acesso das famílias usuárias da ESF aos serviços de apoio à diagnose e terapia segundo profissionais das equipes e famílias.....	227
5.2.2. Avaliação das equipes quanto à atenção integral prestada pela Estratégia Saúde da Família.....	229
5.3. Coordenação dos cuidados.....	234
5.4. Continuidade informacional.....	237
5.5. Avaliação da coordenação pelos profissionais.....	241
5.6. Práticas intersetoriais nas equipes de saúde da família.....	243
5.6.1. Fatores de risco social e condições de vida dos usuários.....	244
5.6.2. Capacitação dos profissionais para atuar segundo a diversidade sociocultural da comunidade.....	246
5.6.3. Ações intersetoriais com instituições, organizações ou grupos da comunidade.....	247
5.6.4. Avaliação dos profissionais das equipes de saúde da família sobre o desempenho das equipes no desenvolvimento de ações intersetoriais...	252
5.7. Desafios para melhorar a integração da Estratégia de Saúde da Família à rede de serviços de Uberlândia .....	254
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	257
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	266
ANEXOS .....	279
ANEXO I .....	280
ANEXO II.....	282
ANEXO III – A .....	305
ANEXO III – B .....	320
ANEXO III – C .....	333
ANEXO IV .....	345
ANEXO V .....	346

## **Introdução**

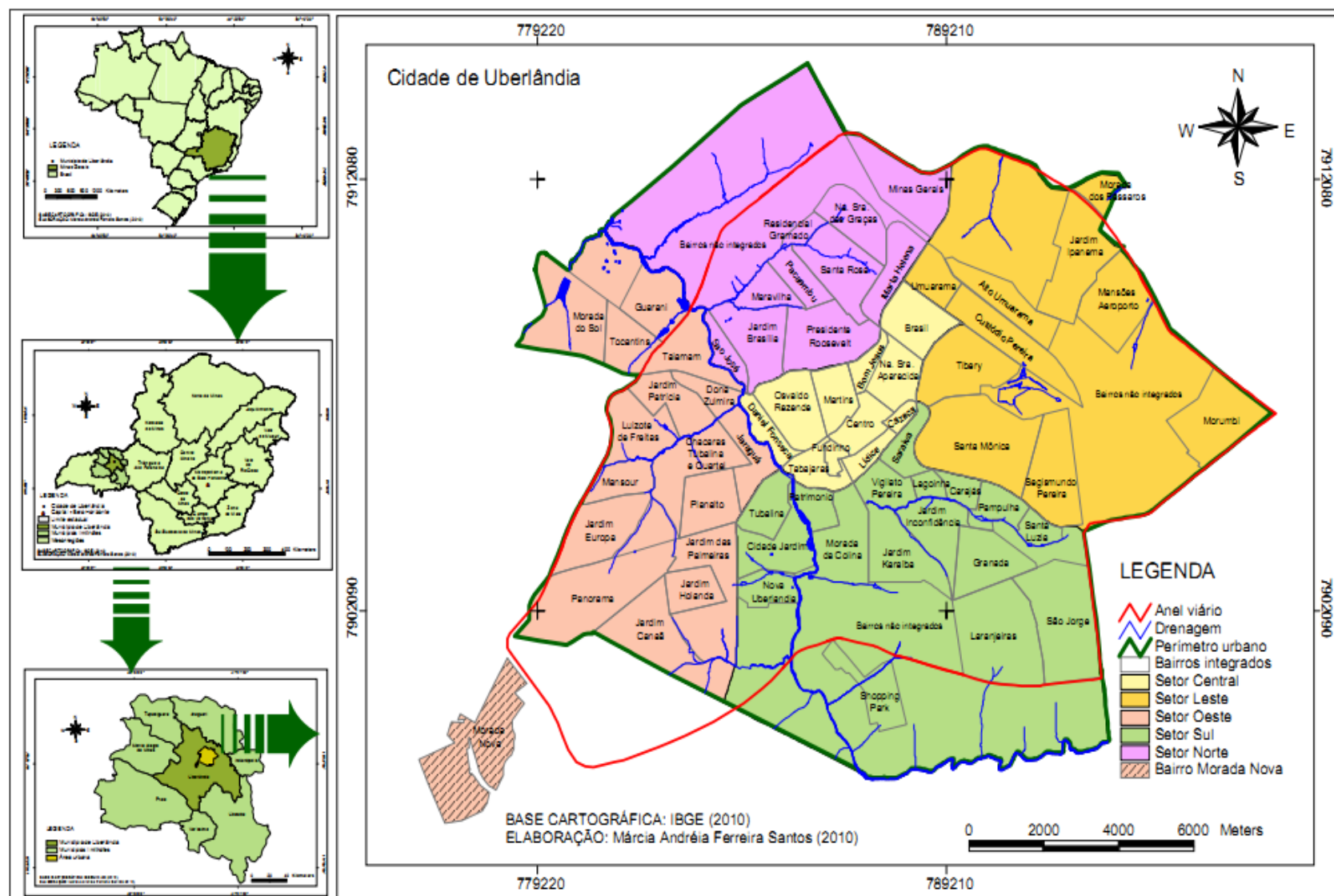
O acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde para a população brasileira tem passado por mudanças e avanços importantes nas últimas duas décadas e muito disso se deve a Estratégia Saúde da Família (ESF), adotada pela Política Nacional da Atenção Básica como a estratégia estruturante dessa modalidade de atenção. Ela se faz presente em todos os estados da nação e oferta serviços de saúde em 5.289 municípios, para uma população cadastrada de 102 milhões de habitantes (MS, janeiro/2011), com 31.736 equipes de saúde da família e 20.300 equipes de saúde bucal. Assim, 52% da população brasileira tem acesso aos serviços de saúde de atenção primária por meio desta estratégia. Os números da estratégia também são importantes no que se refere ao quadro de pessoal com mais de 35 mil médicos, 32 mil enfermeiros, mais de 40 mil auxiliares de enfermagem, cerca de 244 mil Agentes Comunitários de Saúde (ACS) trabalhando no atendimento à população adscrita. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Apesar do grande avanço, a ESF apresenta desafios a serem ultrapassados. Entre eles, está em consolidar essa estratégia como porta de entrada da rede assistencial de saúde em substituição ao modelo de saúde vigente em vários municípios brasileiros, conseguir profissionais comprometidos com o modelo de Saúde da Família e ampliar a cobertura populacional em municípios de médio e grande porte.

Em Uberlândia, 23% da população está cadastrada pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família, índice considerado baixo pelo Ministério da Saúde. No entanto, toda a população uberlandense tem acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) por meio das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), nos ambulatorios das Unidades de Atendimento Integrado (UAI), além das Unidades de Atenção Primária em Saúde da Família (UAPSF).

O município de Uberlândia está localizado na mesorregião do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba (MAPA 1) e, em 2010, atingiu uma população de 604.013 habitantes (IBGE, CENSO 2010). Está dividido em cinco distritos: Uberlândia (distrito sede), Cruzeiro dos Peixotos, Martinésia, Miraporanga e Tapuirama. A cidade

Mapa 1: Cidade de Uberlândia



de Uberlândia, por sua vez, está dividida em cinco setores territoriais urbanos que subsidiam as ações de planejamento urbano e também servem de base para o planejamento das ações em saúde, comportando cinco distritos sanitários.

A Estratégia de Saúde da Família foi implantada no município em 2003, em um momento em que havia poucos equipamentos de saúde na área de atenção primária. Decidiu-se pela implantação da ESF na gestão de Zaire Resende<sup>1</sup>, como Prefeito Municipal, e Flávio Goulart<sup>2</sup>, como Secretário Municipal de Saúde, dotado de larga experiência em função de ter desenvolvido pesquisa de mestrado e doutorado em Saúde Pública sobre a temática PSF. O secretário acreditava na necessidade de mudança do modelo assistencial.

No momento dessa pesquisa, a Cidade de Uberlândia possuía 40 equipes atendendo a uma população cadastrada de 161 mil pessoas. O atendimento da ESF está regionalizado em seis núcleos de saúde da família que são responsáveis pelos serviços em Atenção Primária à Saúde para a população adscrita.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia que permeia, além do setor saúde, outros setores sociais, tais como educação, assistência social, lazer, moradia, entre outros. A APS exige entendimento da saúde em sua totalidade e como um direito social e precisa enfrentar os desafios para superar os determinantes sociais que configuram a saúde como um quadro problemático. Para Giovanella, Escorel e Mendonça (2009), uma boa organização dos serviços de atenção primária contribui para a melhoria da atenção, promovendo efeitos positivos à saúde da população e maior eficiência do sistema de saúde.

---

<sup>1</sup>Zaire Resende é deputado federal pelo PMDB. É formado em medicina. Começou sua carreira política em 1969 como vereador em São Sebastião (litoral norte de São Paulo). Foi prefeito de Uberlândia por duas vezes, de 1983-1988 e de 2001 a 2004. Foi responsável por implantar o Orçamento Participativo no município. Teve uma administração municipal voltada para a implantação de projetos e programas sociais para a população carente do município.

<sup>2</sup> Flávio A. de Andrade Goulart é formado em medicina pela UFMG em 1971, tendo dividido a carreira profissional entre a clínica, a administração de saúde e a docência universitária. Clinicou por alguns anos, foi docente na UFMG, na UFU e na UnB. Desde 2003 vem atuando como consultor autônomo em órgãos públicos e organismos internacionais. Tendo cursado Mestrado e Doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Tem experiência profissional, além da docência em Saúde Coletiva, também passa pela gestão de sistemas e serviços de saúde, tendo sido Secretário de Saúde em Uberlândia-MG nas duas gestões do Prefeito Zaire Resende. Neste município, conduziu a implantação da Estratégia de Saúde da Família, do HiperDia, além de outros programas do elenco do Ministério da Saúde. No Governo Federal, entre outras experiências, assessorou a implementação do Prêmio Boas Práticas no Programa Bolsa Família em 2006.



A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1978, no documento intitulado Declaração de Alma-Ata, definiu a atenção primária como aquela essencial à saúde, baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação.

Ainda de acordo com a Declaração de Alma-Ata, a Atenção Primária à Saúde é parte integral do sistema de saúde do país, do qual deve ter função central, pois é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde. Cabe a ela levar a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde e reforçando, assim, a necessidade de integração deste nível de atenção aos demais níveis do sistema de saúde. O enfoque principal deve ser o desenvolvimento social e econômico global da comunidade onde ela está presente.

Assim, para a Organização Mundial da Saúde, a APS deverá orientar-se para os principais problemas de saúde da comunidade e prestar os serviços de promoção da saúde (considerados um de seus pilares fundamentais), prevenção de doença, tratamento e reabilitação necessários para sua resolução. Também deverá orientar-se pelo princípio da intersetorialidade, exigindo esforços coordenados de todos os setores (sociais, políticos e econômicos), com destaque para a participação da comunidade na elaboração e planificação das ações de saúde, que, no mínimo, deveriam compreender

(...)a educação sobre os principais problemas de saúde e sobre os métodos de prevenção e de luta correspondentes, a provisão de alimentos e de uma nutrição apropriada, o abastecimento adequado de água potável e saneamento básico; a assistência materno-infantil, com inclusão de planejamento familiar; a imunização contra as principais enfermidades infecciosas, a prevenção e a luta contra as enfermidades endêmicas locais; o tratamento apropriado das enfermidades e traumatismos comuns e o provimento de medicamentos essenciais. (OMS, 1978, p. 4)

Pesquisas internacionais têm demonstrado que uma atenção primária em saúde abrangente, cujos serviços de primeiro contato são incorporados ao sistema de saúde

com a oferta integral de ações, promove impacto positivo sobre os indicadores de situação de saúde e produz ganhos de eficiência (Macinko, 2010; Starfield, 2003)

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

Em contexto democrático, desde os anos 1980 e 1990, diversos países na América Latina vêm desenvolvendo políticas que visam fortalecer a atenção primária como estratégia para melhor organizar os serviços de saúde e promover a equidade mediante a renovação de uma abordagem abrangente.

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

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

Uma mudança mais profunda do modelo assistencial foi proposta no início de 1990 como desdobramento do Programa Saúde da Família (PSF). O PSF, dando continuidade ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), fora criado com características de seletividade ao priorizar a assistência para determinados agravos e dirigir-se, como programa paralelo, a populações em maior vulnerabilidade social, pelo que foi visto como: “programa, limitado, bom para os pobres e pobre como eles” (CAPISTRANO, 1999, p.89).

Todavia, ao final da década de 1990, o Saúde da Família (SF) foi assumido pelo Ministério da Saúde (MS) como estratégia para a reorganização do sistema de saúde e

como modelo assistencial substitutivo na perspectiva da implementação de uma atenção primária abrangente, que fosse reordenadora do sistema.

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ampliou o projeto e a concepção da Atenção Básica no país, incorporando os atributos da atenção primária em saúde propostos por Starfield (2002) para caracterizá-la como abrangente, e reafirmando papel da Saúde da Família como estratégia prioritária para a organização da atenção básica no país. Ela foi adotada como uma política do Governo Federal para a porta de entrada para os serviços de saúde pública no território brasileiro, trabalhando com os princípios da promoção e da prevenção dos agravos à saúde.

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

Para Souza (2007), a Saúde da Família é uma estratégia política capaz de promover a organização das ações e serviços de atenção básica à saúde nos sistemas municipais de Saúde. A estratégia está inserida em um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde e se fundamenta em uma nova ética social e cultural, com vistas à promoção da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades.

O Programa Saúde da Família, que surgiu em dezembro de 1993, sendo adotado como estratégia em 1998, fundamentou-se em algumas experiências municipais que já estavam em andamento no país, sendo apontado como uma importante proposta para a reestruturação do sistema de saúde, organizando a atenção primária e substituindo os modelos tradicionais existentes.

Segundo a Norma Operacional Básica de 1996, esse programa deveria ser implantado quando os municípios, responsáveis pela execução preferencial das ações e serviços de saúde, aderissem voluntariamente a um conjunto de responsabilidades e prerrogativas de gestão, seja na condição de gestão “Plena da Atenção Básica” – responsabilizando-se pelos serviços de atenção básica (clínica geral, pediatria, gineco-obstetrícia) ou “Plena do Sistema Municipal de Saúde” – responsabilizando-se por todos os serviços de saúde, incluindo os níveis de atenção de média e alta complexidade da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Os quatro princípios básicos da ESF são: caráter substitutivo – alteração das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, concentrado na vigilância à saúde; integralidade e hierarquização – adoção da Unidade de Saúde da Família como primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde; territorialização e adscrição da clientela – incorporação do território como espaço de abrangência definida; equipe multiprofissional – composição realizada por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Para Unglert (1999), a análise do território serve, antes de tudo, como meio operacional para avaliação objetiva das condições criadas para a produção, circulação, residência, comunicação e sua relação com as condições de vida. Além disso, esse território é um meio percebido, subordinado a uma avaliação subjetiva de acordo com representações sociais específicas. É abordado de acordo com diversos pontos de vista, estando não só associado a uma porção específica da Terra, identificada pela natureza, pelas marcas que a sociedade ali imprime como também a uma simples localização, referida indiscriminadamente a diferentes escalas, como a global, regional, da cidade, da rua e até de uma casa apenas. Ainda de acordo com a referida autora

O estabelecimento dessa base territorial é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como o dimensionamento do impacto do sistema sobre os níveis de saúde dessa população e, também, para a criação de uma relação de responsabilidade entre os serviços de saúde e sua população adscrita. (UNGLERT, 1999, p. 222)

A territorialização consiste em um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, considerando-se uma atuação em uma delimitação espacial previamente determinada. A territorialização de atividades de saúde vem sendo preconizada por diversas iniciativas no interior do Sistema Único de Saúde (SUS) como a Estratégia Saúde da Família, a Vigilância Ambiental em Saúde, Cidades Saudáveis e a própria descentralização das atividades de assistência e vigilância. No entanto, essa estratégia, muitas vezes, reduz o conceito de espaço, utilizado de uma forma meramente administrativa, para a gestão física dos serviços de saúde, negligenciando-se o potencial deste conceito para a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção. (MONKEN E BARCELLOS, 2005).

Por intermédio da categoria território utilizado, o planejamento das ações em saúde pode ampliar seu campo de atuação formal sobre o espaço, que, por sua vez, modifica-se conforme a dinâmica das relações sociais. Assim, a escala geográfica operativa para a territorialização emerge, principalmente, dos espaços da vida cotidiana, compreendendo desde o domicílio (Estratégia de Saúde da Família) até áreas de abrangência (de unidades de saúde) e territórios comunitários (dos distritos sanitários e municípios). Esses territórios abrangem por isso, segundo Santos (2004), um conjunto indissociável de objetos cujos conteúdos são usados como recursos para a produção, habitação, circulação, cultura, associação, lazer, saúde entre outros.

Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família tem como objetivo a integração e a organização das atividades em um território definido, com a intenção de enfrentar e resolver os problemas identificados, com vistas a mudanças no sistema, de forma articulada e constante.

A compreensão do conteúdo geográfico do cotidiano na dimensão local tem grande potencial explicativo e de identificação de situações-problema para a saúde e, a partir disto, de planejamento e de organização das ações e práticas de saúde nos serviços. A análise sistêmica do contexto local, em escalas geográficas do cotidiano, permite identificar a formação contextual de uma situação de saúde, no espaço e no tempo, podendo ser de grande utilidade para as ações em saúde.

O território adstrito da equipe de saúde da família é sua unidade de planejamento de ações, desenvolvidas com base nas necessidades e prioridades da comunidade

cadastrada. A equipe deve estabelecer relações de vínculo e contribuir para a resolução dos problemas de saúde da população adscrita, garantindo, assim, a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

De acordo com Brasil (2012a), a noção de território

(...) compreende não apenas uma área geográfica delimitada, como também as pessoas, instituições, redes sociais (formais e informais) e cenários da vida comunitária. Por apresentar esse caráter dinâmico, o planejamento das ações em saúde no território é situacional. A equipe faz o acompanhamento dinâmico da situação de saúde, mapeia adequadamente o território, representando-o de forma gráfica – com identificação dos aspectos geográficos, sociais, econômicos, culturais, religiosos, demográficos e epidemiológicos –, associando-o com o cadastro atualizado de domicílios e famílias e informações vindas dos sistemas de informações e de outras fontes. A territorialização possibilita o planejamento das ações prioritárias para o enfrentamento dos problemas de saúde mais frequentes e/ou de maior relevância e em consonância com o princípio da equidade. O planejamento e a avaliação das ações implementadas possibilitam a reorientação permanente do processo de trabalho. A comunidade e instituições intersetoriais são envolvidas nesse processo, ampliando a compreensão da equipe em relação à realidade vivida pela população e também o protagonismo desses atores. (BRASIL, 2012a, p.59).

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

Desse modo, a presente pesquisa objetivou analisar o modelo assistencial da atenção primária à saúde a partir da implantação da Estratégia Saúde da Família, e discutir suas potencialidades em orientar a organização do sistema municipal de saúde quanto à integração à rede de serviços com coordenação dos cuidados e à atuação intersetorial, envolvendo a perspectiva das famílias cadastradas, dos profissionais de saúde e dos gestores.

Os objetivos específicos procuraram:

- Analisar a situação da Estratégia de Saúde da Família no Brasil;
- Verificar se nas áreas de menor renda da cidade de Uberlândia foram implantadas equipes de saúde da família;

- Avaliar a existência de uma rede integrada de serviços de saúde tendo a Estratégia de Saúde da Família como porta de entrada ao sistema de saúde de Uberlândia;
- Avaliar a coordenação realizada pelas equipes de saúde da família das diversas ações para garantir a continuidade da atenção na rede de serviços de saúde;
- Analisar as iniciativas da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia na articulação com outros setores de políticas públicas e o papel da ESF no desempenho de ações intersetoriais;
- Examinar o processo de gestão do trabalho das equipes de saúde da família de Uberlândia e a incorporação de práticas assistenciais capazes de garantir a coordenação do cuidado e atuação intersetorial.

Para atingirmos os objetivos propostos foi necessário, desde o início da pesquisa e de forma paralela à realização da pesquisa de campo, o levantamento da pesquisa bibliográfica em livros, dissertações, teses, periódicos, entre outros. O levantamento da bibliografia sobre o tema da pesquisa foi realizado nos acervos da Biblioteca da Universidade Federal de Uberlândia, do Portal de Teses da Capes, da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), do Ministério da Saúde e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), por meio digital e impresso.

A pesquisa documental ocorreu em diversos bancos de dados de diferentes instituições, tais como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Ministério da Saúde, pela Sala de Situação em Saúde, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Em Uberlândia, as informações referentes ao sistema municipal de saúde foram levantadas na Gerência de Informação e Planejamento em Saúde (GIDS).

A metodologia proposta para a construção da tese está sendo adaptada de um estudo realizado por GIOVANELLA, ESCOREL E MENDONÇA, (2009), no qual as autoras realizaram “Estudos de caso sobre implementação da Estratégia Saúde da Família em quatro Grandes Centros Urbanos”, pesquisa esta desenvolvida pelo Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da

Fundação Oswaldo Cruz – NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ, com financiamento do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS).

Os exames de radiologia e ultrassom, importantes ferramentas para identificação de doenças no aparelho urinário e reprodutor, levam em média três meses ou mais para serem realizados. Ora, um paciente com uma cólica renal, uma suspeita de doença na próstata ou uma dor pélvica não pode esperar tanto tempo assim para a realização de um exame. Essa demora foi um dos motivos que levou à proposição desse estudo, uma vez que eu tive a vivência, na época da graduação em Geografia, quando trabalhava em uma clínica de imagem que prestava serviços para a Fundação Maçônica Manoel dos Santos, de presenciar muitos pacientes chegarem para fazer exames com a data do pedido que, às vezes, chegava a cinco de espera para realização.

Assim, avaliar como se dá o processo de integração da ESF à rede de serviços de saúde e às políticas intersectoriais para esse setor, no cenário de heterogeneidade de atores que envolvem a ESF, permite uma visão mais abrangente dessa estratégia em Uberlândia.

A pesquisa justifica-se também pelo fato de que as áreas de abrangência das Unidades de Atenção Primária em Saúde da Família (UAPSFs), territórios das equipes de Saúde da Família, necessitam ser compreendidas como espaços em construção sendo que a necessidade da inseparabilidade entre a materialidade e o seu uso, dão um caráter geográfico a esse estudo.

Para a escolha das equipes que participariam da pesquisa foi realizado um sorteio aleatório em todos os núcleos de saúde da família da cidade de Uberlândia, respeitando a proporcionalidade do número de equipes por núcleo. O sorteio totalizou 10 equipes selecionadas para a aplicação de questionários a um médico de saúde da família, um enfermeiro, um auxiliar/técnico de enfermagem e um agente comunitário de saúde, e realização de entrevista estruturada com cinco famílias da microárea do agente comunitário de saúde de cada uma das equipes sorteadas. Assim, foi definida uma amostra de 50 famílias cadastradas e amostras de 10 médicos, 10 enfermeiros, 10 auxiliares/técnico em enfermagem e 10 agentes comunitários de saúde. Sendo que



essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia.

A pesquisa de campo ocorreu entre os meses de março a junho de 2012 e consistiu na aplicação de entrevistas estruturadas a 48 famílias adscritas a 10 equipes de saúde da família da cidade de Uberlândia. Além da perspectiva dos usuários, também aplicou-se questionários a 10 enfermeiras, seis médicos, 10 auxiliares/técnicos em enfermagem e nove agentes comunitários de saúde dessas mesmas equipes.

Para completar nossa análise, foram entrevistados, durante o mês de outubro de 2012, utilizando a técnica de roteiro semi-estruturado, quatro gestores e gerentes ligados à temática do estudo. Essas entrevistas, transcritas, posteriormente, foram gravadas, com a autorização dos entrevistados, sendo que totalizaram seis horas e 20 minutos de gravação.

A análise quantitativa dos dados foi realizada utilizando o software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), produzido pela IBM. Para a confecção dos mapas, utilizamos os softwares *ArcView 3.2.* e *ArcGIS*. Além disso, procurou-se realizar registros fotográficos que contribuíssem para ilustrar aspectos evidenciados na concretização da pesquisa proposta.

A última etapa consistiu na união da pesquisa teórica, de campo e os procedimentos técnicos que envolveram o objeto de análise. Os dados obtidos transformaram-se em materiais utilizados para a construção da tese que foi estruturada em cinco capítulos.

No primeiro capítulo, realizamos um percurso pelo sistema de saúde brasileiro a partir da constituição do Sistema Único de Saúde, destacando a importância da Atenção Primária à Saúde para a consolidação das redes de saúde e o papel da Estratégia de Saúde da Família como porta de entrada ao sistema municipal de saúde.

No capítulo dois, traçamos os caminhos da pesquisa abordando aspectos teórico-conceituais e de operacionalização. Destacou-se alguns conceitos básicos para o entendimento da Estratégia Saúde da Família, tais como a coordenação entre os níveis assistenciais, a intersetorialidade e a integralidade das ações. Além disso, abordamos a importância do território e das redes de atenção à saúde. Nele também

reforçamos a importância da relação entre pesquisa qualitativa e quantitativa para a construção da tese.

O capítulo três aborda a importância da atenção primária na consolidação da rede de serviços de saúde em Uberlândia, apresentando algumas considerações sobre as condições socioeconômicas, demográficas e habitacionais da cidade de Uberlândia e utilizando como base os dados do censo demográfico de 2010. Analisamos o sistema municipal de saúde e o papel da APS na consolidação da rede de serviços de saúde pública. Ainda apresentamos o processo de implantação de saúde da família no município de Uberlândia.

No capítulo quatro, tratamos da gestão do trabalho em saúde da família. Realizamos o levantamento do perfil das equipes de saúde da família e inserção profissional: tipos de vínculos trabalhistas, mecanismos de seleção e remuneração e a capacitação para o trabalho na estratégia de saúde da família.

O capítulo cinco trata da integração da Estratégia de Saúde da Família à rede de serviços públicos de saúde em Uberlândia e das ações intersetoriais envolvendo as equipes de saúde da família. Para a construção desse capítulo, utilizamos os dados coletados nas entrevistas realizadas com as famílias e nos questionários aplicados aos profissionais, além da análise das entrevistas com os gestores e gerentes. Nele tratamos do acesso das famílias usuárias da ESF à atenção especializada segundo profissionais e famílias, do acesso aos serviços de apoio à diagnose e terapia, da avaliação das equipes quanto à atenção integral prestada pela Estratégia Saúde da Família, da coordenação dos cuidados continuidade informacional, das práticas intersetoriais nas equipes de saúde da família e dos desafios para melhorar a integração da Estratégia de Saúde da Família à rede de serviços de Uberlândia.

Os resultados apresentados nos cinco capítulos buscam articular na análise de cada dimensão do estudo as perspectivas dos diversos sujeitos da pesquisa: gestores e gerentes, profissionais das equipes de saúde da família e famílias cadastradas. Buscamos construir essa tese, que está diretamente ligada à temática saúde, não deixando de lado conceitos tradicionalmente vinculados à Geografia, como espaço, território e redes, conceitos que vêm sendo utilizados com frequência por outros profissionais, principalmente na área da saúde.

## **CAPÍTULO 1**

# **A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL E O FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

O Brasil tem passado por avanço importante no acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde para sua população. Muito disso se deve a Estratégia Saúde da Família (ESF), adotada pela Política Nacional da Atenção Básica como a estratégia estruturante dessa modalidade de atenção. Fazendo-se presente em todos os estados da nação e ofertando serviços de saúde em 5.289 municípios para uma população cadastrada de 102 milhões de habitantes (janeiro/2011), com 31.736 equipes de saúde da família e 20.300 equipes de saúde bucal, 52% da população brasileira tem acesso aos serviços de saúde de atenção primária por meio desta estratégia. Os números da estratégia também são importantes no que se refere ao quadro de pessoal, contando com mais de 35 mil médicos e 32 mil enfermeiros, mais de 40 mil auxiliares de enfermagem, cerca de 244 mil Agentes Comunitários de Saúde (ACS), trabalhando no atendimento a população adscrita. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Apesar do grande avanço, a ESF apresenta desafios a serem ultrapassados. Entre eles, está consolidar essa estratégia como porta de entrada da rede assistencial de saúde em substituição ao modelo de saúde vigente em vários municípios brasileiros, conseguir profissionais comprometidos com o modelo de Saúde da Família e ampliar a cobertura populacional em municípios de médio e grande porte. Em Uberlândia, por exemplo, 23% da população está cadastrada pelas equipes da estratégia de saúde da família, índice considerado baixo pelo Ministério da Saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

## **1.1 – As políticas de saúde no Brasil a partir da criação do Sistema Único de Saúde**

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma proposta de política pública que se construiu e se institucionalizou a partir de um amplo debate na sociedade brasileira, estimulado pelo movimento sanitário e sendo referência na Constituição Federal de 1988. Em seu artigo 196, previa-se ações que compõem a seguridade social para se assegurar direitos relativos à saúde, à assistência e à previdência social a população brasileira, indicando a saúde como um direito constitucional que deve ser garantido por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos.

O SUS é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada participa desse Sistema de maneira complementar. O SUS foi criado com objetivo de representar a materialização de uma nova concepção acerca da saúde no Brasil. Até então, a saúde era entendida como o Estado de não doença, o que fazia com que toda lógica girasse em torno da cura de agravos a saúde. Essa lógica, que significava apenas remediar os efeitos com menor ênfase nas causas, deu lugar a uma nova noção centrada na prevenção dos agravos e na promoção da saúde, um dos princípios básicos da Estratégia de Saúde da Família. Para tanto, a saúde precisa ser relacionada com a qualidade de vida da população, a qual é composta pelo conjunto de bens que englobam a alimentação, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a vigilância sanitária e farmacológica, a moradia, o lazer, entre outras.

O SUS é o resultado da luta da sociedade brasileira durante as décadas de 1970 e 1980, principalmente. As reivindicações que nortearam o movimento, que ficou conhecido por Movimento da Reforma Sanitária, eram apresentadas, fundamentalmente, por meio dos secretários municipais de saúde e foram catalisadas na 8ª. Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. As resoluções dessa Conferência nortearam os parâmetros que, mais tarde, viriam a ser inscritos na Constituição de 1988.

A Reforma Sanitária inicialmente vinculava-se, de um lado, à crítica feita aos limites do movimento ideológico da Medicina Preventiva e, de outro, à busca de alternativas para a crise da saúde durante o período da ditadura. A Reforma Sanitária brasileira, como reforma social concebida e desencadeada em um momento de crise na área da saúde, defendia também a democratização do Estado e da sociedade.

De acordo com Paim (2008), nas últimas décadas, o movimento da Reforma Sanitária, ao se limitar à construção do Sistema Único de Saúde (SUS), restringiu-se a questões de financiamento, organização e gestão, reduzindo seu conteúdo reformista ou revolucionário. No entanto, é preciso considerar que a reforma sanitária vivenciou distintos momentos: ideia, proposta, projeto, movimento e processo. O momento

denominado processo implica um conjunto de atos, em distintos tempos e espaços, em que se realizam práticas sociais.

O SUS entrou de fato em vigor com a promulgação da Lei 8080 de setembro de 1990, chamada de Lei Orgânica da Saúde, tendo a função de regular, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal de 1988. Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, e o direito à informação às pessoas assistidas são princípios do SUS. A universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência é também princípio do Sistema Único de Saúde. A utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática também englobam esses princípios.

A Lei 8080 também previa a direção única, sendo exercida, no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente e, no âmbito dos Municípios, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente.

Então, antes da criação do SUS, havia um “duplo comando” na área da saúde, pois o Ministério da Saúde cuidava das ações preventivas e o Ministério da Previdência Social era incumbido da prestação dos serviços médicos curativos, sendo que o seu acesso até então não era um direito de todos, universal, mas somente dos que contribuíam para o sistema previdenciário, ligado ao Ministério da Previdência Social. Somente os trabalhadores com carteira registrada tinham direito aos serviços públicos de saúde. De outro lado, ações como as campanhas de vacinação eram de competência do Ministério da Saúde, revelando a duplicidade e a fragmentação das ações e dos serviços de saúde.

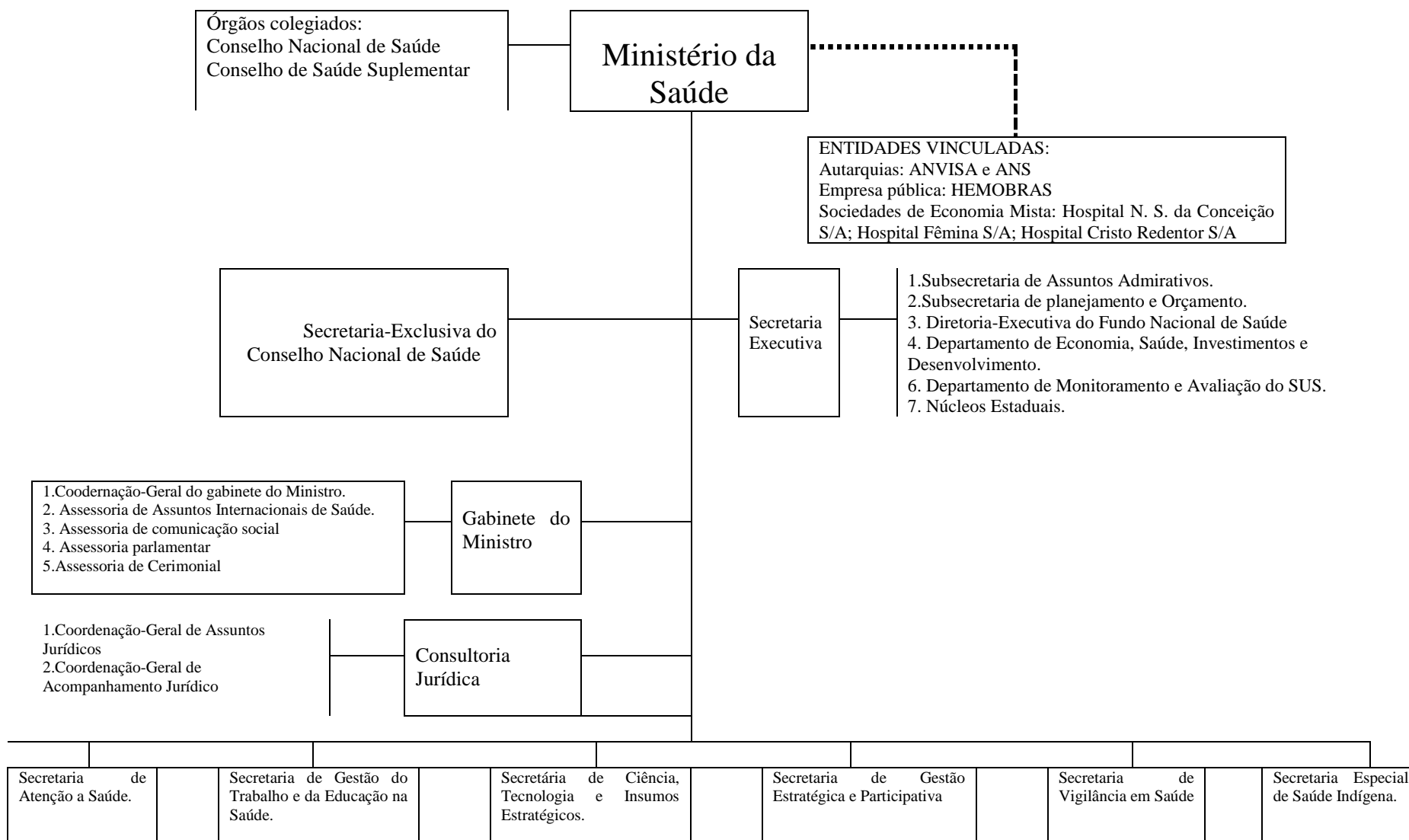
Com a unificação de comando, representada pela transferência para o Ministério da Saúde de toda a responsabilidade pela saúde no plano federal, houve uma grande mudança. Da mesma forma aconteceu nos estados e municípios, onde a

responsabilidade ficara a cargo das respectivas secretarias estaduais e municipais de saúde. Com o princípio da universalidade, previsto no artigo 196 da Constituição, houve a inclusão de todos no amparo prestado pelo SUS. Qualquer pessoa passa a ter o direito de ser atendida nas unidades públicas de saúde do país.

O organograma 1 apresenta a atual estrutura do Ministério da Saúde com as respectivas secretarias subordinadas, estando a Estratégia de Saúde da Família subordinada à Secretaria de Atenção à Saúde.

Houve também avanços no processo de Gestão, passando-se de uma gestão extremamente centralizada para a descentralização como a melhor forma de garantir uma maior participação na formulação e na implantação dos serviços e ações de saúde. A descentralização compreende diferentes instâncias de poder: federal, estadual e municipal. Dentro da concepção estrutural, o Sistema Único de Saúde, abrange o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, cada uma dessas instâncias, com atribuições diferenciadas, atende às especificidades da estrutura de poder das diferentes partes do território nacional, bem como dos interesses de grupos sociais nelas localizados.

O município, como ente federado mais próximo da realidade da população, tem a atribuição fundamental de se responsabilizar pela execução da política de saúde para a população local. Considerando a diversidade e a disparidade de realidades locais espalhadas pelo Brasil, este foi outro aspecto positivo. O município é considerado pelo Ministério da Saúde o melhor dos entes federados para tratar da saúde dada a sua maior proximidade e, por isso mesmo, o maior conhecimento da ordem de prioridades e das demandas da população local. A municipalização, por sua vez, é um processo de descentralização da gestão pública na esfera do governo local, que tem como pressuposto o entendimento de que as políticas públicas se concretizam nesta instância em que está localizada a população a que devem atender.



Organograma 1 - Estrutura do Ministério da Saúde, 2012.

Fonte: Ministério da Saúde, 2012.  
Org: RODRIGUES,MJ.

— subordinação  
----- vinculação  
..... conselhos



No entanto, para além da descentralização dos serviços e dos recursos de saúde, a participação social passa a ser condição essencial. Assim, a existência e o funcionamento de conselhos de saúde nos três níveis de governo passa a ser obrigatória, visando garantir a participação social nas políticas de saúde, tanto em sua formulação como em sua execução. Nesse sentido, o controle e a participação social na área da saúde pública gradativamente vem aumentando suas dimensões e aperfeiçoando seus métodos, ganhando força por meio dos conselhos. A pluralidade definida na lei, que garante 50% de usuários nos conselhos de saúde, e outros 50% para gestores, prestadores de serviços e trabalhadores, foi também uma conquista de poder da base, na perspectiva de uma democracia popular como projeto histórico da classe trabalhadora. É pelo controle social que vai se estabelecendo o difícil processo de mediação da garantia de direito nas contradições entre capital e trabalho, Estado e sociedade e grupos de interesses.

Para Mendes (2011), o SUS é um experimento social que está dando certo e seus avanços são inquestionáveis, mas enfrenta enormes desafios a serem superados. O Brasil passa por uma transição demográfica acelerada e comporta uma situação de tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma presença hegemônica forte de doenças crônico-degenerativas. Essa situação de saúde não poderá ser respondida, adequadamente, por um sistema de atenção à saúde fragmentado e voltado para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas.

O SUS está em constante processo de aperfeiçoamento. A promoção da saúde da população, por exemplo, sempre passa por transformações, pois a sociedade é dinâmica, a cada dia surgem novos problemas e desafios, demandando e reforçando a necessidade de soluções rápidas pois, nem sempre, a solução dos agravos a saúde pode esperar.

Além disso, é constante o surgimento de novos procedimentos técnicos que devem ser incorporados para a melhoria dos serviços e das ações de saúde. Da mesma forma, é constante o surgimento de novos agravos à saúde que carecem de novos cuidados. É preciso considerar que houve muitos avanços desde a implantação do SUS, mas é preciso também considerar que o SUS ainda necessita melhorar sua capacidade de garantir os seus princípios a todo o povo brasileiro.

Desse modo, é importante que seus princípios doutrinários (universalidade, equidade e integralidade nos serviços e ações de saúde), bem como dos princípios que dizem respeito a sua operacionalização (descentralização dos serviços, regionalização e hierarquização da rede e participação social) sejam consolidados. O trabalho deve ser no sentido de capacitar os municípios a assumir suas responsabilidades e prerrogativas diante do SUS, bem como desenvolver ações que deem prioridade à prevenção e à promoção de saúde. O quadro 1 reproduz o processo histórico do setor saúde após a criação do SUS.

## **1.2. Prevenção e Promoção da Saúde**

O termo 'prevenir' tem o significado de "preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize" (FERREIRA, 1988). A prevenção em saúde "exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença" (LEAVELL e CLARCK, 1976, p.17). As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos.

Já o termo "promover" tem o significado de dar impulso a; fomentar; originar; gerar (FERREIRA, 1988). Promoção da saúde é vista de maneira bem mais ampla que prevenção, pois se refere a medidas que "não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais" (LEAVELL e CLARCK, 1976, p.19). As estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial.

**Quadro 1 : O processo histórico da organização do setor de saúde da criação do SUS**

Período	Contexto Macroeco- nômico e Socioeco- nômico	Contexto político	Sistema de saúde	Principais desafios de saúde
Democracia (1988)	Crise econômica (hiperinflação)  Ajuste macroeconômico (Plano Real; 1994)  Estabilidade econômica, recuperação dos níveis de renda, movimento cíclico (altos e baixos), persistência das desigualdades, continuidade da política monetarista	Presidente Fernando Collor de Mello eleito e submetido a impeachment  Restante do mandato presidencial (1993-94) exercido pelo Vice-Presidente Itamar Franco  Governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 e 1999-2002) — Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB)  Governos de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-06 e 2007-10) Partido dos Trabalhadores  Governo Dilma Rousseff (2011-2014) Partido dos Trabalhadores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criação do SUS</li> <li>• Descentralização do sistema de saúde</li> <li>• 9ª Conferência Nacional de Saúde</li> <li>• Extinção do INAMPS (1993)</li> <li>• Criação do Programa de Saúde da Família (1994)</li> <li>• Crise de financiamento e criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (1996)</li> <li>• Tratamento gratuito para HIV/AIDS pelo SUS</li> <li>• Financiamento via Piso da Atenção Básica (1998)</li> <li>• 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde</li> <li>• Normas Operacionais Básicas (NOB) e de assistência à saúde (regionalização)</li> <li>• Regulamentação dos planos de saúde privados</li> <li>• Criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (1999)</li> <li>• Criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar para regulamentar e supervisionar os planos de saúde privados (2000)</li> <li>• Criada a lei dos medicamentos genéricos</li> <li>• Lei Arouca institui a saúde do indígena como parte do SUS</li> <li>• Emenda Constitucional 29 visando à estabilidade de financiamento do SUS definiu as responsabilidades da União, estados e municípios (2000)</li> <li>• Aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica (2001)</li> <li>• Expansão e consolidação da APS</li> <li>• Criado o SAMU (2003)</li> <li>• Estabelecido o Pacto pela Saúde (Pacto de Defesa do SUS, Pacto de Gestão, Pacto pela Vida; 2006)</li> <li>• Política Nacional de Atenção Básica (2006)</li> <li>• Política Nacional de Promoção da Saúde (2006)</li> <li>• 12ª e 13ª Conferências Nacionais de Saúde</li> <li>• Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde e da Política Nacional de Saúde Bucal (<i>Brasil Sorridente</i>; 2006)</li> <li>• Unidades de Pronto-Atendimento (UPA 24h) criadas em municípios com populações &gt;100.000 (2008)</li> <li>• Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) junto ao PSF (2008)</li> </ul> <p>Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (2011) Programa de Melhoria da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) 2011</p>	<p>Epidemias de cólera e dengue, mortalidade por causas externas (sobretudo homicídios e acidentes de trânsito) Doenças cardiovasculares são a principal causa de morte, seguidas por causas externas e cânceres</p> <p>Redução na mortalidade infantil, prevalência inalterada de tuberculose, estabilização da prevalência de AIDS, aumento na prevalência de dengue e aumento na incidência de leishmaniose visceral e malária</p> <p>Expectativa de vida em torno de 72,8 anos (69,6 para homens e 76,7 para mulheres) no início do século XXI</p> <p>Mortalidade infantil de 20,7 por 1.000 nascidos vivos (2006)</p> <p>Redução na prevalência de hanseníase e doenças preveníveis pela imunização</p> <p>Expectativa de vida de 73,4 anos (Censo de 2010)</p>

Fonte: Jairnilson Paim, Claudia Travassos, Celia Almeida, Ligia Bahia, James Macinko, 2011 (com adaptações). Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

Nos últimos 20 anos, principalmente, o discurso da saúde pública e as perspectivas de redirecionar as práticas de saúde vêm se articulando em torno da concepção da promoção da saúde. Este ganhou mais ênfase recentemente especialmente no Canadá, Estados Unidos da América e países da Europa Ocidental.

A revalorização da promoção da saúde é vista por alguns autores como um novo discurso do pensamento médico social do século XIX que afirmava as relações entre saúde e condições de vida. Uma das motivações centrais dessa retomada foi a necessidade de controlar os custos desmedidamente crescentes da assistência médica, que não correspondem a resultados igualmente significativos.

Para BUSS (2000), a promoção da saúde tornou-se uma proposta governamental nestes países que tentam ampliar, para além de uma abordagem exclusivamente médica, o enfrentamento dos problemas de saúde, principalmente das doenças crônicas, em populações que tendem a se tornar proporcionalmente cada vez mais idosas.

Um dos eixos básicos do discurso da promoção da saúde é fortalecer a ideia de autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais. A promoção da saúde delega, progressivamente, aos sujeitos a tarefa de tomarem conta de si mesmos.

A promoção da saúde ressalta a elaboração de políticas públicas intersetoriais, voltadas à melhoria da qualidade de vida das populações. Promover a saúde alcança, dessa maneira, uma abrangência muito maior do que a que circunscreve o campo específico da saúde, incluindo o ambiente, em sentido amplo, atravessando a perspectiva local e global, além de incorporar elementos físicos, psicológicos e sociais. Esta é concepção desenvolvida pela Estratégia de Saúde da Família.

Independentemente das diferentes bases filosóficas, teóricas e políticas envolvidas, existem muitas dificuldades e limitações na operacionalização dos projetos em promoção da saúde na Estratégia de Saúde da Família. Essas dificuldades aparecem como inconsistências, contradições e pontos obscuros e, na maioria das vezes, não se distinguem claramente das estratégias de promoção das práticas preventivas tradicionais (CZERESNIA, 2003).

A Política Nacional da Promoção da Saúde (PNPS) enfatiza que a promoção da saúde é retomada no Sistema Único de Saúde (SUS) como a possibilidade de enfocar:

a fome; o desemprego e subemprego; a violência; a falta de saneamento e habitação adequados; as dificuldades de acesso à educação; a urbanização desordenada; a qualidade do ar e da água deteriorada; dentre outros. A promoção da saúde deve capitalizar processos sociais e políticos que potencializem formas amplas de intervir em saúde.

A promoção da saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não-governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida.

A promoção da saúde deve ser vista como política e prática essencialmente intersetorial, que envolve ações do governo, do setor saúde, de outros setores sociais e produtivos, e ações de indivíduos, famílias e comunidades, direcionadas ao desenvolvimento de melhores condições de vida e saúde. A efetivação desta prática abrange estratégias a serem projetadas nas políticas de um país, como: estabelecimento de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; e reorientação dos serviços de saúde. Promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais – é objetivo geral da Política Nacional de Promoção da Saúde.

Para Ramires (2012), existe uma diferença entre prevenção e promoção sendo que:

a prevenção teria uma orientação de detecção, controle e eliminação dos fatores de risco a determinadas doenças, ou seja, evitar a doença é sua principal tarefa, enquanto que a promoção da saúde tem um enfoque mais abrangente visando estabelecer um ótimo nível de vida e saúde, portanto algo mais abrangente e complexo. (RAMIRES, 2012, p.25).

Nesse sentido, a Estratégia de Saúde da Família tem um papel importante, pois esta vem sendo adotada como uma política do Governo Federal para a porta de

entrada para os serviços de saúde pública no território brasileiro, trabalhando com os princípios da promoção e da prevenção dos agravos à saúde. A crise estrutural do setor saúde no Brasil vivenciada pela população brasileira, por muito tempo gerou muitas disparidades entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de ofertar serviços públicos por parte do poder público. Diante de tal situação, foi necessário, nos últimos 20 anos, os gestores do SUS estabelecerem mecanismos capazes de assegurar a concretização das conquistas sociais e legalmente garantidas pela Constituição Federal de 1988.

### **1.3 - Atenção Primária à Saúde: a definição de um conceito**

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia que permeia, além do setor saúde, outros setores sociais, tais como educação, assistência social, lazer, moradia, entre outros. Ela exige o entendimento da saúde em sua totalidade e como um direito social e precisa enfrentar os desafios para superar os determinantes sociais que configuram a saúde como um quadro problemático. Para Giovanella, Escorel e Mendonça (2009), uma boa organização dos serviços de atenção primária contribui para a melhoria da atenção, promovendo efeitos positivos à saúde da população e maior eficiência do sistema de saúde.

Ainda sobre o assunto, Lavras (2011, p. 868) menciona:

O Relatório Dawson, elaborado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido em 1920, é considerado um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de Atenção Primária em Saúde em uma perspectiva sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida. As concepções desse documento influenciaram a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948, que por sua vez passou a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo.

A Organização Mundial da Saúde, em 1978, no documento intitulado Declaração de Alma-Ata, definiu a atenção primária como aquela essencial à saúde, baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade e a um

custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação.

O modelo da ESF tem por primazia ser organizado pela Atenção Básica à Saúde (ABS) como o primeiro ponto de um sistema. O termo ABS é pouco encontrado na literatura mundial. O conceito usual para este campo de práticas é Atenção Primária à Saúde (APS), como decorrência do pacto mundial realizado em 1978, na cidade de Alma-Ata (República de Cazaquistão), República da antiga União Soviética, onde diversos países fizeram-se presentes na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde e firmaram compromissos com a meta de “saúde para todos no ano 2000”, constituindo, com isto, a Declaração de Alma-Ata.

Para tanto, tal conferência reforçava a saúde como sendo não a simples ausência de doença, mas como o “estado de completo bem estar físico, mental e social”, trazendo para o âmbito formal e internacional aquilo que Marc Lalonde, Ministro da Saúde do Canadá, já vinha apontando como os componentes essenciais para a abordagem da saúde dos povos: “a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da atenção à saúde” Gentile, (1999). Esses princípios foram reafirmados em várias conferências internacionais de Promoção da Saúde posteriores a Alma-Ata e já são indicados na definição de saúde da Organização Mundial de Saúde.

Ainda de acordo com a Declaração de Alma-Ata, a Atenção Primária à Saúde é parte integral do sistema de saúde do país, do qual deve ter função central, pois é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham. Este é o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde e reforça, assim, a necessidade de integração deste nível de atenção aos demais níveis do sistema de saúde, sendo que o enfoque principal deve ser o desenvolvimento social e econômico global da comunidade onde ela está presente.

Assim, o conceito de APS estabelecido como consenso mundial em 1978 destacou elementos que a OMS estava empenhada em difundir naquele momento, quais sejam: a integração dos serviços locais num sistema nacional, a participação social, a necessidade de ações intersetoriais e a relação da saúde com o

desenvolvimento econômico e social. Esse discurso informou, ao longo daquela década, de distintas maneiras e com distintos graus de intensidade, processos de reforma em países com modelos de prestação de serviços tão diversos quanto Cuba, Moçambique, Canadá, Inglaterra, Espanha, dentre outros (AGUIAR, 2003).

Assim, para a Organização Mundial da Saúde, a APS deverá orientar-se para os principais problemas de saúde da comunidade e prestar os serviços de promoção da saúde (considerados um de seus pilares fundamentais), prevenção de doença, tratamento e reabilitação necessários para sua resolução. Também deverá orientar-se pelo princípio da intersetorialidade, exigindo esforços coordenados de todos os setores (sociais, políticos e econômicos), com destaque para a participação da comunidade na elaboração e planificação das ações de saúde, que, no mínimo, deveriam compreender

(...) a educação sobre os principais problemas de saúde e sobre os métodos de prevenção e de luta correspondentes, a provisão de alimentos e de uma nutrição apropriada, o abastecimento adequado de água potável e saneamento básico; a assistência materno-infantil, com inclusão de planejamento familiar; a imunização contra as principais enfermidades infecciosas, a prevenção e a luta contra as enfermidades endêmicas locais; o tratamento apropriado das enfermidades e traumatismos comuns e o provimento de medicamentos essenciais. (OMS, 1978, p. 4)

Essa Conferência representou o marco legal e a oficialização da APS mundialmente, sendo catalogada como doutrina universal.

Para Mendes (2007), os sistemas de saúde baseados numa forte orientação para a atenção primária à saúde, analisados em relação aos sistemas de baixa orientação para a atenção primária à saúde, são mais adequados porque se organizam a partir das necessidades de saúde da população; mais efetivos, porque são a única forma de enfrentar, conseqüentemente, a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas e por impactar significativamente os níveis de saúde da população; mais eficientes, porque apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros; mais equitativos, porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres e diminuem o gasto com saúde das pessoas e famílias; e de maior qualidade porque colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças e porque ofertam tecnologias mais seguras.



De acordo com Testa (1989), as maiores dificuldades na definição precisa da atenção primária à saúde estão na ambiguidade do termo primário que pode conotar algumas significações distintas, como ponto de primeiro contato, ponto de triagem, ponto principal da atenção à saúde. Pode-se dizer que o pensamento da atenção primária no mundo apresenta-se com vários sentidos, desde o primeiro nível de atenção, passando pela ideia de um tipo de serviços, uma filosofia de atendimento, até uma estratégia de organização dos sistemas de saúde.

No entanto, Mendes (2007) reforça a ideia de que a atenção primária à saúde deve ser vista a partir do seu papel coordenador, manifestando-se em três planos distintos: funcional, organizacional e educacional. A integração funcional implica a superação de uma visão estrita dos pacientes doentes por uma abordagem integrada das necessidades de saúde de populações e indivíduos, de suas famílias e da comunidade. A integração organizacional envolve a atenção primária como coordenadora da atenção à saúde em todos os pontos de atenção, a integração do cuidado por equipes multidisciplinares e a integração intersetorial, especialmente com os serviços de assistência social. A integração educacional visa a desenvolver atitudes, conhecimentos e habilidades nos profissionais de saúde por meio de educação permanente e mudanças de comportamentos nos pacientes.

Starfield (2002) propõe quatro atributos para a atenção primária à saúde: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. O primeiro contacto implica a acessibilidade e o uso do serviço para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura o cuidado. A longitudinalidade requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação colaborativa e humanizada entre equipe, usuário e família. A integralidade supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante.

Ainda de acordo com Starfield (2002), os quatro atributos são fundamentais para caracterizar a atenção primária à saúde nas redes de atenção à saúde. Contudo, o atributo da coordenação tem uma importância relativamente maior nas redes de atenção à saúde já que, sem ele, o primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial e a integralidade seria dificultada. A coordenação implica a harmonia numa ação ou esforço comum. É pela coordenação da atenção primária à saúde que se ordenam os fluxos e os contrafluxos das pessoas e das coisas nos diversos níveis de uma rede de atenção à saúde.

Mendes (2002), afirma que a atenção primária à saúde deve cumprir, nas redes de atenção à saúde, três funções: a função de resolução, a função de coordenação e a função de responsabilização. A função de resolução, intrínseca à sua instrumentalidade como ponto de atenção à saúde, consiste em solucionar a grande maioria dos problemas de saúde; a função de coordenação, relacionada ao desempenho do papel de centro de comunicação, consiste em organizar os fluxos e contrafluxos das pessoas e coisas pelos diversos pontos de atenção à saúde da rede; e a função de responsabilização consiste em corresponsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção em que estejam sendo atendidos.

A Organização Mundial da Saúde (2003), em relatório sobre a saúde mundial, reitera como política central em escala internacional a atenção primária à saúde, proposição advinda da Declaração de Alma-Ata em 1978. Mas houve uma mudança de enfoque ao longo desses anos. Nos anos 1980, predominou o conceito da atenção primária seletiva, no qual o foco estava em ofertar serviços básicos às regiões e às pessoas pobres. Nos anos 1990, teve vigência uma orientação da oferta de cestas básicas constituídas por um pacote de serviços de saúde considerados essenciais. Os resultados são questionados, especialmente por críticas de que essa proposta leva a iniquidades. Posteriormente, no bojo do movimento de reforma do setor, as políticas de saúde e da atenção primária orientaram-se por critérios alheios à saúde, como descentralização, reforma da administração pública e controle de gastos do Estado.

Sobre a questão das iniquidades em saúde, (BUSS e PELEGRINI FILHO, 2006), mencionam que são dois os fatores mais importantes para explicá-la: o primeiro é a

constatação de que, uma vez superado um determinado nível de PIB per capita, o fator mais importante para explicar a situação geral de saúde de um dado país não é sua riqueza total, mas a maneira como ela se distribui. O segundo fator está relacionado a deterioração das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos é um importante mecanismo por meio do qual as iniquidades de renda têm um impacto negativo sobre a situação de saúde. Países com grandes iniquidades de renda e, conseqüentemente, escassos níveis de coesão social e baixa participação política são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social, essenciais para a promoção e proteção da saúde.

As iniquidades (mortalidade infantil, desnutrição, doenças crônicas e agudas, saúde dos idosos, gravidez na adolescência, falta de saneamento básico e água potável, desigualdade no acesso e na utilização de serviços de saúde, etc.) no setor aumentam, pois, além do acirramento da desigualdade social, convive-se com a desigualdade na distribuição de renda, o que não é somente prejudicial à saúde dos grupos mais pobres, mas é também prejudicial à saúde da sociedade em seu conjunto (CARVALHO; BUSS, 2008).

A reafirmação dos princípios da atenção primária à saúde constitui a proposta contemporânea dos responsáveis pela saúde mundial que deve prevalecer no século XXI. O relatório propõe um novo enfoque sistêmico contido num modelo de sistema de saúde baseado na atenção primária à saúde, permitindo resolver o conflito potencial entre a atenção primária, entendida como nível diferenciado de atenção, e sua aceção como enfoque geral da prestação de serviços equitativos.

Assim, para Mendes (2007), um sistema de saúde baseado na atenção primária à saúde estará baseado nos princípios de Alma-Ata de equidade, acesso universal, participação da comunidade e ação intersectorial, e deverá centrar-se nas questões sanitárias gerais de âmbito populacional, refletindo e reforçando as funções da saúde pública, criando as condições necessárias para assegurar a oferta de serviços aos pobres e excluídos. Para que isso ocorra, é importante uma atenção integrada e sem falhas, vinculando a prevenção, a atenção aos doentes agudos e a atenção aos doentes crônicos em todos os serviços de saúde. A avaliação contínua da situação apontará os acertos e desacertos do sistema.

Um sistema de saúde baseado na atenção primária à saúde compõe-se de um conjunto de elementos funcionais e estruturais que garantem cobertura universal e acesso aos serviços que sejam aceitáveis para a população e que sejam equitativos. Ele provê a atenção integral e integrada ao longo do tempo, enfatiza a promoção e a prevenção e assegura o primeiro contato. As famílias e a comunidade são as bases para o planejamento e a ação e esse sistema desenvolve atividades intersetoriais; todos esses elementos estão nos princípios organizativos da Estratégia de Saúde da Família.

A essência da atenção primária à saúde renovada é a mesma da declaração de Alma-Ata. Contudo, foca no sistema de saúde como um todo, incluindo os setores público, privado e terceiro setor. Fortalecer a equidade e a solidariedade com a incorporação de novos princípios, tais como a sustentabilidade e a orientação para a qualidade, vem sendo uma preocupação no Brasil com a implantação do Programa de Melhoria e Avaliação da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Isso possibilita mudar a ideia de que a atenção primária à saúde é um conjunto de serviços realizados por recursos humanos específicos.

De acordo com Gil (2006), o conceito de atenção primária foi marcado na década de 1970 pelo caráter racionalizador defendido por algumas agências financeiras, que apontavam a necessidade de redução no financiamento e gastos em saúde.

Mesmo não tendo sido essa a racionalidade de muitos dos formuladores das políticas de saúde da época, que defendiam, inclusive, o aumento dos recursos para o setor, a Atenção primária à Saúde, por ter sido implementada num contexto no qual a expansão da cobertura veio acompanhada das propostas de contenção do financiamento, teve seus pressupostos estruturantes de um novo modelo (universal, equânime, inclusivo, integral) obscurecidos pelo ideário neoliberal racionalizador (focalizado, baixo custo, pacote básico, excludente). (GIL, 2006, p. 1179)

Ao longo do tempo a Atenção Primária à Saúde foi apresentada como uma oportunidade para a realização de mudança no modelo de atenção à saúde, e nessa discussão é importante clarificar o seu entendimento:

Por modelo de atenção à saúde entende-se a forma como a assistência à saúde é produzida e se estrutura nos serviços para atender às necessidades da população. Concebe-se pela articulação entre sujeitos (gestores, profissionais de saúde e usuários), tecnologias (conhecimentos aplicados) e recursos físicos (insumos, equipamentos, infraestrutura) utilizados no processo de trabalho para intervir sobre problemas de saúde individuais e coletivos, contextualizados historicamente. Diz respeito ao modo de organizar as ações e os serviços de saúde, expressando-se no cotidiano das regras, normas e condicionantes macroeconômicos que conformam as políticas de saúde. (GÖTTEMS e PIRES, 2009, p. 192)

Como nos lembra Souza (2010), p. 34 e 35), a escolha da nomenclatura “Atenção Básica” ou “Atenção Primária” não foi um procedimento simples no Brasil:

Na origem do Piso da Atenção Básica, foi gerada uma polêmica semântica que ainda ressurge em debates ou em documentos acadêmicos, e que diz respeito ao uso do termo “atenção básica” em lugar de “atenção primária”. Para alguns, a discussão não é semântica, mas de cunho ideológico, pois se explica a escolha do termo “atenção básica” como condição imposta pelas agências internacionais de fomento para cooperar na implantação do Programa Saúde da Família no Brasil. Ora, naquele tempo, não havia nenhuma organização internacional que acreditasse no PSF a ponto de acatar acordos de cooperação! Há uma explicação quase inversa: quando a proposta do per capita foi elaborada, ela precisava de um nome. A equipe da SAS, com alguns colaboradores externos, ouviu muitas opiniões e gestores e formuladores do setor saúde. Havia uma advertência clara de que o termo “atenção primária” fazia relação com os pacotes assistenciais reducionistas impostos pelas agências internacionais às regiões em desenvolvimento e que, portanto, qualquer proposta de “piso de atenção primária” poderia ser imediatamente rejeitada pela nomenclatura. Havia, naquele momento, necessidade premente de mudança na modalidade de financiamento – situação que não poderia se subordinar a um provável longo período de debate para escolha de uma denominação adequada. Assim surgiu o termo “atenção básica”, como alternativa para evitar a resistência que era anunciada. Somente isso. (...) O uso da expressão “atenção primária” já está sendo resgatado no Brasil, o que é absolutamente pertinente, uma vez que encontra alinhamento com outros idiomas e facilita o diálogo com experiências de outros países. (SOUZA, 2010, p. 34-5).

No caso brasileiro, durante a década de 1990, passou-se a utilizar a nomenclatura Atenção Básica em Saúde (ABS), de modo a se distanciar da ideia seletiva de Atenção Primária à Saúde, passando a empregar o termo ABS para caracterizar a atenção de primeiro nível, definindo-a como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

A ABS é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Corbo e Morosini (2005, p. 164) afirmam que, “no âmbito do SUS, a denominação adotada para o modelo de atenção à saúde que incorpora a abordagem da Atenção Primária a Saúde é a Atenção Básica”.

Na atualidade, o termo Atenção Primária à Saúde vem sendo mais utilizado por se aproximar melhor de experiências internacionais e por haver uma melhor tradução para outros idiomas, sendo o termo que utilizaremos neste estudo quando tratarmos especificamente de Uberlândia. Já quando mencionarmos publicações institucionais e/ou artigos sobre o tema, abordaremos da maneira como for tratado na publicação, APS ou ABS.

A Atenção Primária à Saúde constitui o primeiro nível de atenção à saúde, de acordo com o modelo adotado pelo SUS. Engloba um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes, realizado pelas especialidades básicas da Saúde, que são: clínica médica, pediatria, obstetrícia e ginecologia, odontologia, psicologia, serviço social e ações de enfermagem. A prioridade para todos os municípios é ter a atenção primária bem estruturada, pois esta, bem organizada, garante resolução de cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde da população de um município (MS, 2010).

A Atenção Básica vem gradualmente se fortalecendo e deve se constituir como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os municípios brasileiros, sendo referência para a estruturação dos sistemas locais de

saúde. Em 2006, o Pacto pela Vida definiu como prioridade: “consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p. 12).

Segundo o Ministério da Saúde, a Atenção Básica tem como fundamentos:

I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação 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; III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e VI - estimular a participação popular e o controle social. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p. 12)

Para melhorar o processo de operacionalização da Atenção Básica, foram definidas como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Outras áreas serão definidas regionalmente de acordo com prioridades e pactuações definidas nas Comissões Intergestoras Bipartites - CIBs.

Para o processo de pactuação da atenção básica, foi realizado e firmado o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, tomando como objeto as metas anuais a serem alcançadas em relação a indicadores de saúde acordados. O processo de pactuação da Atenção Básica seguirá regulamentação específica do Pacto de Gestão. Os gestores poderão acordar nas CIBs indicadores estaduais de Atenção Básica a serem acompanhados em seus respectivos territórios.

Os municípios e o Distrito Federal, como gestores dos sistemas locais de saúde, são responsáveis pelo cumprimento dos princípios da Atenção Básica e pela

organização e execução das ações em seu território. Entre as competências das Secretarias Municipais de Saúde e do Distrito Federal estão:

Organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União; inserir, preferencialmente, de acordo com sua capacidade institucional, a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços, visando à organização sistêmica da atenção à saúde; organizar o fluxo de usuários, visando a garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica; garantir infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas; programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local; elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera municipal; firmar, monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no seu território, divulgando anualmente os resultados alcançados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p. 15 e 16)

Também é de competência das secretarias municipais de saúde e Distrito Federal prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da atenção básica e pela ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família. Compete ao Ministério da Saúde garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da atenção básica à saúde.

Para Marques e Mendes (2002), a criação do Departamento de Atenção Básica no âmbito do Ministério da Saúde, no início da década de 2000, foi um marco importante no tratamento da atenção básica, tendo como funções:

Normatizar a organização e gestão desse nível de atenção em saúde. Sua organização está estruturada visando à execução das atividades de gerenciamento de todas as ações voltadas para o direcionamento do modelo assistencial do SUS, com destaque à expansão das estratégias das equipes de saúde da família, à qualificação e capacitação de pessoal de saúde da família e à avaliação e monitoramento desse modelo (MARQUES e MENDES, 2002, p.165).

Marques e Mendes (2002) afirmam que, mesmo após a aprovação da NOAS (Norma Operacional de Atenção à Saúde), em 2001, ainda predomina uma política de saúde cujo fio condutor é a sua viabilização por meio do financiamento: “São os incentivos financeiros (piso de atenção básica ampliada e limites financeiros para a média e alta complexidade) que continuam determinando a configuração das políticas



de saúde e reforçando a centralização do sistema” (MARQUES E MENDES, 2002, p. 169).

Os mesmos autores também mencionam que existem paradoxos no financiamento centralizado na área da saúde, levando os municípios a incorporarem programas que lhes aumentem as receitas financeiras.

Isso é o reflexo da política tutelada da descentralização, que ao incentivar a despesa em determinados programas, impede que os municípios definam livremente sua política de saúde, introduzindo o paradoxo da existência da “pobreza” em um quadro de recursos “abundantes” e garantidos pelos incentivos (MARQUES e MENDES, 2002, p. 171)

Segundo Göttems e Pires (2009, p.192), a Organização Pan-americana da Saúde reforçou nos últimos anos a Atenção Primária à Saúde como importante eixo de reorganização dos sistemas de saúde nas Américas, considerando que

1) A APS seria condição para alcance das metas do milênio, que são: acabar com a fome e a miséria; educação básica e de qualidade para todos; igualdade entre os sexos e valorização da mulher; redução da mortalidade infantil; melhora de saúde das gestantes; combate à AIDS, à malária e outras doenças; qualidade de vida e respeito ao meio ambiente (PNUD, 2007); 2) aproveitamento das lições aprendidas nos 25 anos decorridos desde Alma-Ata; 3) surgimento de novos desafios epidemiológicos; 4) correção de alguns desvios nos enfoques divergentes da APS implementados em alguns países; 5) desenvolvimento de conhecimentos para tornar mais efetivas as práticas de APS; 6) reconhecimento de que a APS é uma ferramenta importante para reduzir desigualdades sociais e 7) a APS seria condição para enfrentar os determinantes sociais, alcançando altos níveis de saúde da população.

## **1.4 - Estratégia de Saúde da Família: histórico de implantação no Brasil**

No final da década de 1970 e início dos anos 1980, a economia brasileira encontrava-se dependente das condições externas e com fortes pressões inflacionárias. As medidas de ajuste da economia adotadas pelo governo militar naquele período visavam promover um maior controle da taxa de juros e maior indexação dos salários.

A década de 1980, foi um período de recessão econômica que se abateu sobre o país, com a falência de vários planos de estabilização e da perspectiva de hiperinflação. No entanto, para a sociedade civil, foi um momento de forte articulação para o processo de reconstrução democrática (COUTINHO, 2006). Isso permitiu sedimentar referências fundamentais para a construção e operacionalização do SUS na Constituição brasileira, a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080, de 19/09/1990) e, logo depois, a lei que estabelece a participação popular no SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (Lei n. 8.142, de 28/12/1990).

Os anos 1990 foram marcados pela busca de alternativas que possibilitassem a superação dos limites dos modelos de saúde vigentes. Pensando nas mudanças necessárias, foram implantados programas, ações regulatórias e novas modalidades de alocações de recursos, com o objetivo de aumentar o nível de equidade e eficácia do SUS. Neste contexto, são implantados o Programa de Agentes Comunitários (PACS), em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994.

Dessa forma, nos anos 1990, o setor saúde no Brasil passa a enfrentar uma contradição central entre a clara dominância do projeto neoliberal e a organização de um sistema de saúde baseado legalmente nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, com uma clara direção de reforço do setor público.

Entre as lutas, pode-se enumerar a ampliação da cobertura populacional do setor público de saúde, a inclusão de diferentes profissionais não-médicos na atenção à saúde, a progressiva 'desmanicomização' da saúde mental no país, o reconhecimento da atenção primária como estratégia-base para a reorientação do modelo de saúde pautado na integralidade das ações e a criação de formas de gestão do sistema de saúde mais próximas das necessidades de saúde das populações usuárias.

Para Costa (1996), essa conjuntura encontrou terreno propício para a difusão das orientações normativas dos organismos internacionais com a adesão das elites nacionais às teses neoliberais, inclusive no interior do setor Saúde.

Para Silva (2003), as experiências internacionais indicam que o médico de família contribui para solucionar, por meio da atenção ambulatorial eficiente, um

percentual elevado de problemas da população que procuram consulta médica. A qualidade da atenção integral se eleva substancialmente e os custos são menores que as consultas feitas nos hospitais.

A informação e seu compartilhamento com a família não apenas aumenta a probabilidade de acerto no diagnóstico, mas auxilia na decisão da conduta mais adequada. Segundo Starfield (2002), existe a possibilidade de que a família assuma maior importância à medida que se amplia o conhecimento da genética humana, e as chances de prevenção e cura das doenças aumentam.

As iniciativas de caráter nacional fundamentaram-se em experiências internacionais, estaduais e regionais bem-sucedidas. Dentre estas, a referência mais importante deve ser feita ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), desenvolvido no Estado do Ceará, desde 1987; criado inicialmente como 'frentes de trabalho' em uma conjuntura de seca, o programa estadual, com recursos financeiros dos fundos especiais de emergência destinados pelo governo federal, foi desenvolvido especialmente por mulheres que, após treinamento de duas semanas, realizaram ações básicas de saúde em 118 municípios do sertão cearense.

Após o momento climático mais crítico, o PACS foi mantido com recursos do Tesouro Estadual, embora as frentes de trabalho tenham sido desativadas. A partir de setembro de 1988, período considerado como segunda fase do programa, este abandonou o caráter emergencial, adquirindo características de extensão de cobertura e de interiorização das ações de saúde. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) passaram a atuar em 45 municípios do interior do estado para "melhorar a capacidade da comunidade de cuidar de sua própria saúde" por meio de visitas domiciliares regulares às famílias, sendo cada Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável por 50 a 100 famílias, na área rural, e por 150 a 250 famílias, nas áreas urbanas (SILVA; DAL MASO, 2002, p. 47-9).

Em 1991, a experiência bem-sucedida do Ceará estimulou o Ministério da Saúde a propor o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS), vinculado à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), implantado, inicialmente, na Região Nordeste e, em seguida, na Região Norte, e "tendo como objetivo central contribuir para a

redução da mortalidade infantil e mortalidade materna” (VIANA e DAL POZ, 1998, p. 19).

As experiências bem-sucedidas de programas voltados para a “saúde materno-infantil”, com o desenvolvimento de ações dirigidas às mulheres durante a gravidez, parto e puerpério (pós-parto), tendo como objetivos básicos garantir a saúde do bebê e prevenir a morte materna, até hoje inspiram grande parte das ações de saúde coletiva que ocorrem nas unidades básicas de saúde no Brasil e são baseadas na proposta de atenção materno-infantil.

Em 1992, o denominado PACS foi implementado por meio de convênio entre a FUNASA/MS e as secretarias estaduais de Saúde, que previa repasses de recursos para custeio do programa e o pagamento, sob a forma de bolsa, no valor de um salário mínimo mensal, aos Agentes Comunitários de Saúde. Com o PACS, “começou-se a enfocar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão-somente) o indivíduo, e foi introduzida a noção de área de cobertura (por família)” (VIANA; DAL POZ, 1998, p. 19).

Em 1993, o PACS abrangia 13 estados das regiões Norte e Nordeste, com 29 mil Agentes Comunitários de Saúde atuando em 761 municípios. Em novembro de 1994, o programa estava implantado em 987 municípios, de 17 estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e com um total de 33.488 agentes.

Outras experiências como o Programa Médico de Família (PMF), desenvolvido a partir de 1992, em Niterói (RJ), com estrutura semelhante à medicina da família implantada em Cuba e com assessoria de técnicos cubanos, também influenciou a decisão do Ministério da Saúde, em 1993, de criar o Programa Saúde da Família (PSF) que, assim como o PACS, estava institucionalmente vinculado à Coordenação de Saúde da Comunidade (Cosac), no Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde.

O Programa Médico de Família (PMF) cubano teve seu início em 1984, com a implantação do novo modelo de atenção primária à saúde. Para Ordóñez (1995), o conceito de medicina familiar em Cuba não estabelece uma relação de subordinação entre os diferentes níveis, em vez disto, representa uma verdadeira interface de relações de apoio e fortalecimento. Desta forma, os profissionais da atenção secundária

e terciária conceituam a atenção primária como parte de uma totalidade da qual fazem parte e consideram o âmbito de ação do médico da família o principal responsável pelos ganhos obtidos na saúde da população. A equipe básica de saúde vive na própria comunidade.

Os elementos básicos desse modelo de atenção – os médicos e as enfermeiras da família – agregam as competências científicas e técnicas às habilidades para entender os problemas de saúde das famílias e das comunidades, atuando dentro de um enfoque integral e em função da qualidade de vida da população. Munidos dessas capacidades e trabalhando em consultórios que abrangem áreas territoriais bem definidas, os médicos e as enfermeiras cuidam das pessoas e das famílias, realizam ações de promoção e prevenção da saúde, tentando incorporar na população hábitos saudáveis. Procuram também resolver os problemas e investigar o perfil epidemiológico da comunidade em que moram e trabalham. O objetivo geral do Programa Médico de Família, em Cuba, é melhorar o estado de saúde da população mediante ações integrais dirigidas à família, à comunidade e ao ambiente, por meio da vinculação com as populações e com os diferentes setores e instituições (FINAMOUR, 1995).

Em setembro de 1994 foi divulgado pelo Ministério da Saúde o primeiro documento sobre o PSF, definindo o convênio entre o Ministério da Saúde, estados e municípios com o mecanismo de financiamento, exigências de contrapartidas e critérios de seleção de municípios. Para assinatura do convênio, era exigido que estivessem em funcionamento tanto o Conselho Municipal de Saúde quanto o Fundo Municipal de Saúde.

Nesse período, o PSF não representava uma proposta de substituição do PACS e sua implantação privilegiava áreas de maior risco social – inicialmente, a população residente nas localidades delimitadas no Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e, posteriormente, municípios inseridos no Programa Comunidade Solidária ou no Programa de Redução da Mortalidade Infantil.

Em 1995, PACS e PSF foram transferidos da Fundação Nacional de Saúde para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, na qual permaneceram até meados de 1999, quando novamente os programas mudaram de localização institucional para a Coordenação da Atenção Básica da Secretaria de

Políticas de Saúde (SPS). Atualmente, a estratégia de Saúde da Família está subordinada à Secretaria de Atenção à Saúde.

Para Viana e Dal Poz (1998), as mudanças no modelo assistencial operadas no SUS por conta de PACS e do PSF provocaram alterações tanto nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde, quanto na forma de organização dos serviços. Dessa forma, a ESF representa uma estratégia de reforma incremental do sistema de saúde no Brasil, tendo em vista que aponta para mudanças importantes na forma de remuneração das ações de saúde (superação da exclusividade do pagamento por procedimentos), nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local e, portanto, no processo de descentralização.

Esse é um contexto que não pode ser ignorado, sob a penalidade de se cair no “reducionismo de soluções tecnocráticas para o campo da saúde, bem como a aceitação a crítica de programas federais verticais e autoritários travestidos de inovadores e modernos, como vem acontecendo com o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a ESF, que atualmente são considerados os “carros-chefes” da denominada reorganização do modelo de atenção” (SOARES, 2000, p. 17).

Na opinião da autora, essa é uma reorganização dolorosa, pois esses programas, além da verticalidade (impostos de cima para baixo), são totalmente normatizados pelo Ministério da Saúde, no nível central, e bancados por “incentivos” financeiros no repasse de recursos. Na prática, isso obriga sua adoção pelos municípios, sem, contudo, ser considerada a enorme heterogeneidade entre os mesmos e a capacidade para ofertar serviços de saúde de cada um. Não se problematiza o fato de que muitos municípios sequer possuem uma rede regionalizada e hierarquizada que garanta o acesso universal a todos os níveis de atenção, limitando o atendimento dado por esses programas a uma simples porta de entrada, sem resolutividade e sem porta de saída, e que dificultam o acesso aos níveis de média e alta complexidade (SOARES, 2000).

No entanto, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 2001/2002 vem justamente organizar o acesso universal a todos os níveis de atenção com a exigência de formulação dos Planos Diretores de Regionalização (PDR) estaduais.

O PDR cria a base territorial para uma distribuição que deve ser ótima dos equipamentos de saúde. A atenção primária à saúde deve estar presente em todos os municípios e próxima às residências das famílias, sendo a Estratégia de Saúde da Família escolhida pelo Ministério da Saúde como o melhor modelo de Atenção Primária à Saúde do país. Diferentemente, as unidades de saúde de maior densidade tecnológica, bem como sistemas de apoio, devem ser relativamente concentradas: as unidades secundárias (média complexidade), nas microrregiões, e as unidades terciárias (alta complexidade), nas macrorregiões. Esse desenho é que permite constituir redes de atenção à saúde eficientes e de qualidade, possibilitando assim que a população do estado tenha acesso a todos os níveis de complexidade na região onde vive.

Além disso, os territórios sanitários constituem uma plataforma espacial de gestão cooperativa do SUS, permitindo a instituição das Comissões Intergestores Bipartite Macrorregionais e Microrregionais que irão exercitar, nesses espaços regionais, a governança das redes de atenção à saúde.

Um PDR bem desenhado permite subordinar os territórios político-administrativos das Gerências Regionais de Saúde (GRSs) aos territórios sanitários. Ou seja, os espaços das GRSs são construídos por subconjuntos de microrregiões de saúde porque o que importa não é a dimensão territorial da burocracia estatal, mas os fluxos e contrafluxos da população na demanda de serviços prontos, eficientes e de qualidade. Na mesma lógica, territórios de entes complementares de prestação de serviços no SUS, como os Consórcios Intermunicipais de Saúde, devem ajustar-se às microrregiões de saúde. O PDR mineiro foi construído para se constituir em territórios sanitários de organização das redes de atenção à saúde, numa perspectiva de atendimento às necessidades de saúde da população do estado.

## 1.5 - A Política Nacional da Atenção Básica e a importância da Estratégia Saúde da Família

De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica, a Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no país alinhada com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a estratégia Saúde da Família deve:

- I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;
- II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;
- III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e
- V - ser um espaço de construção de cidadania. (BRASIL, 2010, p.22)

Para Souza (2007), a Saúde da Família é uma estratégia política capaz de promover a organização das ações e serviços de atenção básica à saúde nos sistemas municipais de Saúde. A estratégia está inserida em um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde e se fundamenta em uma nova ética social e cultural, com vistas à promoção da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades.

Neste sentido, seus princípios organizativos revelam-se nos seguintes objetivos:

Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, resolutiva, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita; Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população; proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais; contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida; e estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício social. (BRASIL, 1997, p.14)



Segundo a Norma Operacional Básica de 1996, esse programa deveria ser implantado quando os municípios, responsáveis pela execução preferencial das ações e serviços de saúde, aderissem voluntariamente a um conjunto de responsabilidades e prerrogativas de gestão, seja na condição de gestão “Plena da Atenção Básica” – responsabilizando-se pelos serviços de atenção básica (clínica geral, pediatria, gineco-obstetrícia) ou “Plena do Sistema Municipal de Saúde” – responsabilizando-se por todos os serviços de saúde, incluindo os níveis de atenção de média e alta complexidade da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Os quatro princípios básicos da ESF são: caráter substitutivo – alteração das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, concentrado na vigilância à saúde; integralidade e hierarquização – adoção da Unidade de Saúde da Família como primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde; territorialização e adscrição da clientela – incorporação do território como espaço de abrangência definida; equipe multiprofissional – composição realizada por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Em 1987, com a implantação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) no Estado do Ceará, contratou-se, durante um ano, seis mil mulheres entre as mais pobres para trabalharem como agentes de saúde, novo nome dado para as auxiliares de saúde. O sucesso na redução da mortalidade infantil, que sempre se agravava em anos de seca como aquele de 1987, tornou permanente o programa emergencial.

As avaliações coordenadas pelos professores Cecília Minayo e César Victora e as observações do próprio Ministério da Saúde levaram esse a adotar o programa para os demais Estados nordestinos em 1991 e, posteriormente, para todo o País. Os agentes são novamente rebatizados e constituem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Ao levar as mães para os serviços de pré-natal e de puericultura, vacinar as crianças e estimular o aleitamento materno, a higiene e o uso do soro oral, o agente comunitário de saúde (ACS) fez cair, em todo o Brasil, a mortalidade infantil após a

primeira semana de vida. Assim, cresceu o planejamento familiar e muitos leitos pediátricos dos hospitais foram transformados para o atendimento aos adultos.

Como observa Tendler (1998), a criatividade do ACS na mobilização das famílias para a promoção da saúde não está no cumprimento mecânico de suas tarefas, mas no compromisso com o trabalho que o desafia. Este é facilitado pela sua convivência com as famílias que acompanha, com as quais compartilha a mesma cultura e as mesmas dificuldades por ser morador da mesma área geográfica em que ele atua.

Uma característica especial do ACS para que as famílias se mobilizem para a promoção da saúde deve ser a comunicação com elas. Por essa especificidade, o agente foi reconhecido por lei, em 2002, como nova categoria de profissional da saúde. Em 2003, um curso técnico foi estabelecido para ser realizado em três etapas. Os cursos foram preparados com base na nova agenda da saúde do Brasil: saúde bucal, doenças infecciosas emergentes, abuso do álcool e demais drogas, a violência e as doenças provocadas por causas externas e as doenças degenerativas da crescente população idosa.

O curso técnico dos ACS tem dois componentes essenciais: primeiro, o fortalecimento de suas características específicas (diálogo interpessoal, laços com a comunidade e com o serviço de saúde, autoestima e criatividade); e segundo, a ampliação dos conhecimentos sanitários direcionados à promoção da saúde. A formação dos ACS é tão importante para a Estratégia Saúde da Família quanto o é a especialização dos demais profissionais para o atendimento na unidade de saúde. Muitos estudos ainda serão necessários para que tenhamos uma equipe de Saúde da Família de melhor qualidade.

Para Girade (2010), foi pela indignação pela falta de acesso da população ao sistema de saúde que nasceu o Programa Saúde da Família (PSF). Indignação pelo fato de que, no Brasil, o acesso aos serviços de saúde continuava precário ainda em 1993 e cerca de mil municípios brasileiros não tinham nenhum profissional médico nessa época. Essa também foi a mesma razão do surgimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991.

Ainda de acordo com Girade (2010, p. 22),

Porto Alegre, São Paulo, Niterói, Recife, Cotia/SP, Planaltina/GO e Mambai/GO o inspiraram a construir os princípios do PSF. O médico de Família e Comunidades Carlos Grossman tinha um serviço de atenção às famílias, na periferia de Porto Alegre, por meio do Grupo Hospitalar Conceição, que também me inspirou. Visitei o projeto. O impacto social era muito bom. Essa experiência, juntamente com o que me informei do Hospital Santa Marcelina, na Zona Leste de São Paulo, de Niterói, de Gilson Cantarino, que visitei, do Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), que conhecia in loco, da experiência de Cotia em São Paulo, além de minha própria experiência em Planaltina e Mambai, em Goiás, me inspirou e ajudou a acreditar que era sim possível avançar na proposta de levar saúde às casas dos brasileiros. Teria apenas que ter a decisão política e orçamento. O Brasil, com suas experiências, mostrava os caminhos. Não era mais uma proposta de cima para baixo, mas aproveitar o que existia no País.

Sousa (2010), tecendo suas considerações sobre a denominação “programa” ou “estratégia” menciona que

(...) o PSF tinha uma agenda a ser tecida em redes em plena transição de governo. Essa tarefa os colocou no exercício diário e permanente, ao convívio de tempo de crises, rupturas e realinhamentos. A paciência histórica, motivada pela corresponsabilidade da execução dessa agenda, nos fez vigilantes dos valores e princípios que orientavam o PACS e o PSF. Na crise, o que parecia estável e eterno tremia-se de forma quase silenciosa. E, aproveitando contraditoriamente essas oportunidades, sobretudo no momento dos debates calorosos entre as políticas de Estado mínimo e a garantia dos direitos sociais, ficamos reafirmando a ética da urgência de um Estado articulador e promotor da saúde de todos os seus cidadãos e cidadãs. Internamente ao Ministério da Saúde, tecíamos firmemente nossas relações com todas as áreas programáticas. Daí o nome Programa. Sousa, (2010, p. 28).

Ainda de acordo com Souza (2010), naquele momento era preciso falar a mesma língua, mas também concorrer aos recursos que eram “carimbados” para as áreas programáticas. Assim a estratégia deveria ser nomeada de Programa. Nasce assim o PSF com essa marca. Para a autora, o fato de denominá-lo de programa custou longas explicações para os “sanitaristas” que assistiam à distância, ora discordando completamente, ora provocando a equipe a desistir. Mas em muitos estados e municípios houve uma agenda positiva em torno do PSF. A rede de coordenadores estaduais mostrava que era preciso continuar evitando que os “sinos dobrassem” nos municípios brasileiros, principalmente os do Nordeste, na “celebração” das mortes infantis.

Ainda para Sousa (2010), os primeiros resultados: da redução na mortalidade infantil, aumento do percentual das mulheres que fazem o pré-natal nos três primeiros

meses, diminuição das internações hospitalares por diarreias e infecções respiratórias agudas, cuidado com os hipertensos, diabéticos, e da ampliação de redes de atenção à saúde em territórios historicamente vazios, sem nenhum acesso, sinalizam que as linhas do tecido se fortaleciam.

Linhas essas expressas nas Normas Operativas Básicas e de Assistências, edições de 1996, 2001/2, na criação do Piso da Atenção Básica (PAB), nos pactos governamentais e institucionais, a concepção da rede de Polos de Formação, capacitação e educação permanente, envolvendo as escolas formadoras de recursos humanos para o SUS, da criação e reformulação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), das edições anuais dos indicadores do Pacto da Atenção Básica e a realização de pesquisas oficiais de âmbito nacional e da elaboração e negociação, com o Banco Mundial (BIRD), do Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (PROESF).

Para Souza (2010a, p.31), “o Saúde da Família apresenta trajetória exemplar de um programa que nasceu focalizado e se tornou uma estratégia estruturante de uma Política Nacional de Atenção Básica que tem contribuído significativamente para a consolidação do nosso Sistema Único de Saúde”.

O Programa Saúde da Família (PSF) nasceu focalizado porque essa era a possibilidade que a conjuntura de 1994 permitia. Para sua implantação, os recursos financeiros eram escassos e transferidos aos Estados e municípios por meio de convênios. Não havia nenhuma estratégia para preparação dos profissionais requeridos. Na verdade, não havia muita crença de que essa proposta que nascia do berço do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pudesse um dia vingar (SOUZA, 2010a).

No entanto, havia um grupo de pessoas de origens diversas – secretários municipais de saúde, coordenadores estaduais do PACS, membros de programas de médicos de Família que já existiam em determinados municípios, alguns professores universitários que atuavam com projetos de extensão acadêmica – que, junto com o grupo do Ministério da Saúde, acreditava que urgia colocar em campo uma proposta objetiva para mudar o jeito de se organizar os serviços de saúde, começando por reestruturar a forma de funcionamento dos centros, postos ou Unidades Básicas de

Saúde, no efervescente contexto de descentralização e municipalização dos serviços de saúde.

Ainda para Souza (2010a), o PSF tinha que ser uma proposta em que princípios e “jeito de fazer” pudessem ser compreendidos por qualquer prefeito ou gestor municipal, em qualquer região do País. As pessoas que estavam à frente da coordenação do processo naquele período, seja no MS, nas SES ou SMS, não tinham muita clareza de como construir essa proposta, mas tinham a absoluta certeza de onde queriam chegar. Havia uma vontade e necessidade de os serviços de saúde se organizarem em uma lógica diferente, com responsabilidade territorial, com profissionais de saúde rompendo barreiras corporativas e construindo equipes. Com essas equipes focando a atenção nas pessoas, nas famílias e nas suas comunidades, e construindo vínculos de compromisso e de corresponsabilidade. Esse fato talvez tenha sido um dos aspectos mais importantes para o avanço do PSF: uma proposta que começa de forma bastante inacabada, permitindo que muitos fossem contribuindo na reorientação de sua trajetória.

Da mesma forma, prevê-se que sua implantação em larga escala seja capaz de reverter uma lógica histórica de atenção à saúde no Brasil, pautada em modelos de atenção médico-privatista e sanitaria (MENDES, 1996 e PAIM, 1999), possibilidade que está condicionada ao modo de operar o Saúde da Família de forma a originar novas práticas de atenção pautadas em modelos de promoção da saúde.

Depois de quase duas décadas, a história dessa estratégia tem mostrado que a decisão do Ministério da Saúde de investir nesse caminho foi acertada. Desde 2006, vem sendo adotado como uma estratégia de abrangência nacional em todos os Estados da federação e quase todos os municípios brasileiros. A Saúde da Família tornou-se uma política de Estado e um dos pilares de sustentação do Sistema Único de Saúde.

Vários estudos têm demonstrado a importância da ESF para melhoria das condições de saúde da população brasileira. Entre eles destaca-se o que Macinko, Guanais e Souza (2006) fizeram sobre a Saúde da Família no Brasil por meio de uma análise ecológica longitudinal, usando dados de fontes secundárias, de forma a relacionar a mortalidade infantil com acesso à água e saneamento, com a renda média,

com a escolaridade da mulher, com a fertilidade, com a oferta de médicos e enfermeiras por dez mil habitantes e com a oferta de leitos por mil habitantes.

Os resultados mostraram que o fator mais importante para a redução da mortalidade infantil no país foi a escolaridade das mulheres. O estudo demonstrou ainda que um aumento de 10% na cobertura do Programa de Saúde da Família foi responsável por uma diminuição de 4,6% na mortalidade infantil; que um aumento de 10% no acesso à água foi responsável por uma diminuição de 3,0% na mortalidade infantil; que um aumento de 10% nos leitos hospitalares foi responsável por uma diminuição de 1,35% na mortalidade infantil; e que a fertilidade e a renda per capita apresentaram associações modestas com as taxas de mortalidade infantil.

Uma portaria ministerial, de dezembro de 1997, estabeleceu, no Plano de Metas do Ministério da Saúde, prioridade para o PACS e PSF e aprovou normas e diretrizes dos programas. Em 1998, com a implantação da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – 1996 (NOB-SUS 96), que estabeleceu o Piso de Atenção Básica (PAB), os programas ganharam novo impulso. O PAB fixo – recursos per capita/ano para a Atenção Básica – inaugurou a modalidade de transferência, de forma regular e automática, de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, possibilitando maior autonomia na gestão municipal e maior responsabilidade do dirigente municipal com o atendimento à saúde dos munícipes.

O PAB variável consiste em montante de recursos financeiros destinados a estimular a implantação das seguintes estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde: Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal, Compensação de Especificidades Regionais, Saúde Indígena e Saúde no Sistema Penitenciário.

Os repasses dos recursos dos PABs FIXO e VARIÁVEL aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para essa finalidade, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal

Em janeiro de 1996, o PSF passou a ser remunerado pela tabela de procedimentos Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, porém, de forma diferenciada: “a consulta do PSF equivalia ao dobro da consulta do

SUS” (VIANA; DAL POZ, 1998, p. 23). Nos documentos de 1997 e 1998, o PSF foi apresentado como proposta de reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Um documento do Ministério da Saúde, de 1997, respondendo às críticas de focalização, negava que o programa fosse um sistema de saúde pobre para pobres, com utilização de baixa tecnologia, afirmando o caráter do PSF como “modelo substitutivo da rede básica tradicional”.

No campo da saúde, parece que se quer reabilitar, para os pobres, um modelo de atenção à saúde centrado na APS, com o argumento de que o modelo médico hegemônico, centrado em serviços médico-hospitalares, estaria favorecendo as classes média e alta, enquanto a população pobre estaria sem atendimento em suas necessidades básicas de saúde. Propõe-se então inverter o modelo, utilizando como estratégias, ações centradas na prevenção, na família e na comunidade. Parece que, para alguns, é suficiente o mínimo, o menos sofisticado, o elementar, o primário, o comum, o geral ou o arcaico e, para os outros, os mais privilegiados, os que têm acesso à riqueza material e podem pagar pelos serviços de saúde, estes poderão usufruir do avanço científico e tecnológico, da sofisticação, da qualificação, da especialização e do moderno (RIZZOTTO, 2000, p. 243).

No entanto vários autores rebatem as críticas da autora. Narvai (2005) menciona que Atenção Primária à Saúde significa atenção primeira e não necessariamente atenção única, tampouco deve ser considerada apenas uma atenção de baixa qualidade para problemas simples, pois, em saúde, o simples é muito relativo.

O Ministério da Saúde aponta como equívoca a identificação do PSF como um sistema de saúde “pobre para os pobres”, com utilização de baixa tecnologia. O programa, segundo consta, deve ser entendido como modelo substitutivo da rede básica tradicional – de cobertura universal, porém assumindo o desafio do princípio da equidade - e reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes (BRASIL, 1997).

A Estratégia de Saúde da Família difundiu-se em âmbito nacional, principalmente a partir de 1998, constituindo-se em uma estratégia de reorganização do sistema de atenção à saúde para o SUS, sendo descrita como ferramenta de promoção de equidade na oferta de serviços. Essa estratégia vem se constituindo em modalidade de

atenção primária implantada, prioritariamente, para as populações com risco aumentado, tanto do ponto de vista biológico quanto socioeconômico. A proposta da ESF caracteriza-se por ter a família como sua unidade nuclear de atuação, buscando uma integração com a comunidade na qual se insere para fazer a busca ativa de casos com intervenção oportuna e precoce, enfatizando a prevenção e a educação em saúde. Propugna a extensão da cobertura e facilitação do acesso, continuidade das ações de saúde, trabalho de equipe multiprofissional e elevada resolubilidade.

A Estratégia de Saúde da Família encerrou o ano de 1998 presente em 1.134 municípios de 24 estados (ausente apenas em Roraima, Amapá e Distrito Federal), e contava com 3.119 Equipes de Saúde da Família, índice ainda baixo com uma média de três equipes por município. A pesquisa “Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa Saúde da Família – PSF”, realizada pelo Ministério da Saúde entre abril e julho de 1999, identificou que 83% dos municípios pesquisados haviam implantado o programa entre 1997 e 1998. Apenas nos estados do Ceará e de Santa Catarina havia um número maior de municípios com implantação anterior a 1997 (BRASIL, 2000). Dois anos depois, em 2000, o PSF estava implantado em 2.766 municípios nas 27 unidades federadas (BRASIL, 2000a), sendo responsável pelos serviços de atenção primária para quase 30 milhões de brasileiros.

No Brasil, até o ano de 2001, 3.902 municípios tinham implantado a Estratégia de Saúde da Família, correspondendo a 70,2% dos municípios brasileiros. Este percentual variou de 59,6%, na Região Sul, a 83,6%, na Região Centro-Oeste (TABELA 1).

Em apenas quatro estados, menos de 50% dos municípios haviam implantado a ESF (Amapá, Bahia, Maranhão e Rio Grande do Sul). Na grande maioria (19 estados da federação e o Distrito Federal), mais de 70% dos municípios o fizeram até 2001. Destacavam-se os estados da Paraíba (90,1%), Pernambuco (93,5%), Piauí (96,8%), Rondônia (98,1%), Alagoas (100%) e Ceará (100%), cujos percentuais apresentaram-se acima de 90% dos municípios com estratégia de saúde da família.

A análise por ano de implantação do Programa demonstrou que 1.134 municípios haviam implantado o PSF até 1998, 621, em 1999, 1.171, em 2000 e 976 municípios em 2001, o que representou um crescimento de 20,6% dos municípios, em



Tabela 1 – Brasil: número e percentual de municípios que implantaram a ESF até 2001, segundo região e estados

Região e estado	Nº de municípios em 2001	Municípios que implantaram a ESF até 2001	
		Nº	%
<b>BRASIL</b>	<b>5.561</b>	<b>3.902</b>	<b>70,2</b>
<b>NORTE</b>	<b>449</b>	<b>316</b>	<b>70,4</b>
Acre	22	17	77,3
Amapá	16	02	12,5
Amazonas	62	46	74,2
Pará	143	78	54,5
Rondônia	52	51	98,1
Roraima	15	10	66,7
Tocantins	139	112	80,6
<b>NORDESTE</b>	<b>1.792</b>	<b>1.331</b>	<b>74,3</b>
Alagoas	102	102	100,0
Bahia	417	145	34,8
Ceará	184	184	100,0
Maranhão	217	102	47,0
Paraíba	223	201	90,1
Pernambuco	185	173	93,5
Piauí	222	215	96,8
Rio G. do Norte	167	143	85,6
Sergipe	75	66	88,0
<b>SUDESTE</b>	<b>1.668</b>	<b>1.159</b>	<b>69,5</b>
Espírito Santo	78	59	75,6
Minas Gerais	853	642	82,6
Rio de Janeiro	92	76	82,6
São Paulo	645	382	59,2
<b>SUL</b>	<b>1.189</b>	<b>709</b>	<b>59,6</b>
Paraná	399	300	75,2
Rio Grande do Sul	497	176	35,4
Santa Catarina	293	233	79,5
<b>CENTRO-OESTE</b>	<b>463</b>	<b>387</b>	<b>83,6</b>
Distrito Federal	1	01	100,0
Goiás	246	214	87,0
Mato Grosso	139	118	84,9
Mato Grosso do Sul	77	54	70,1

Fonte: Ministério da Saúde, 2002.

Org: Maria José Rodrigues, 2012.

1998, para 70,2%, em 2001. Todas as regiões iniciaram o processo de implantação desde o ano de 1998, entretanto, nas regiões Sul e Centro-Oeste, o mesmo ficou mais concentrado nos anos de 2000 e 2001 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Em relação à cobertura populacional no momento da implantação ESF, observou-se, a cada ano, um aumento progressivo do percentual de municípios que já o implantavam com elevadas coberturas. De 1998 a 2001, a proporção de municípios que implantaram o PSF com coberturas iguais ou superiores a 70% correspondeu, respectivamente, a 24%, 29,6%, 49,4% e 60%, enquanto decresceu progressivamente o percentual de municípios que implantaram o PSF com coberturas baixas, chegando a apenas 7,5% em 2001.

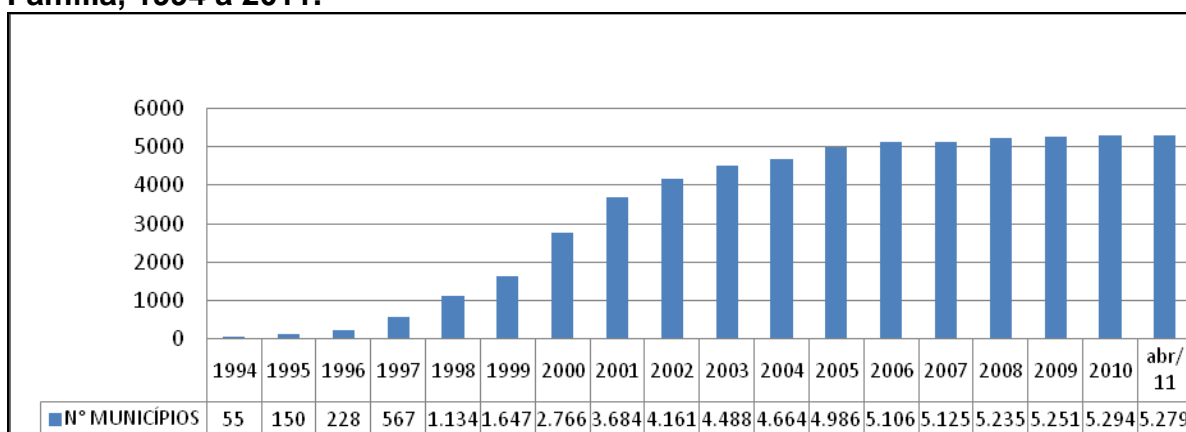
O padrão observado nacionalmente se reproduz nos estados e regiões, com aumento progressivo de municípios que já implantavam o PSF com altas coberturas. No ano de 1998, a proporção de municípios que implantou o PSF com coberturas altas (> 70%) só foi maior que 30% no Rio Grande do Norte, Tocantins e Minas Gerais, correspondendo a, respectivamente, 45%, 36,1% e 35,9%. Situação bem diversa foi observada em 2001, quando, em 20 estados, mais de 30% dos municípios implantaram o PSF com elevadas coberturas, sendo que, em 17 estados, o percentual de municípios foi maior ou igual a 50%. Observando as regiões, em 1998, apenas a Região Sudeste apresentava mais de 30% de municípios que implantaram o PSF com alta cobertura. Já em 2001, com exceção da Região Norte (44,2%), mais de 50% dos municípios implantaram o PSF em todas as regiões com cobertura altas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A implantação progressiva do Programa nos municípios brasileiros foi acompanhada da ampliação das coberturas, configurando um processo de expansão que apresenta, simultaneamente, a ocorrência de dois fenômenos: a expansão territorial da ESF em todos os estados e regiões do país e a ampliação das coberturas populacionais nos municípios a cada ano.

O número de municípios com a estratégia cresceu consideravelmente na primeira década de 1990 - no primeiro ano de implantação, em 1994, 55 municípios tinham implantado o então Programa. Em 1998, quando o MS passa a utilizá-lo como

estratégia estruturante da Atenção Básica, esse estava presente em 1.134 municípios brasileiros. A partir de 1999, com a adoção da estratégia, ocorre uma expansão muito significativa até o ano de 2002, quando a ESF se torna presente em 4.161 municípios. Em 2006, esta estratégia já estava presente em 5.106 municípios; em abril de 2011, já cobria 5.279 municípios com serviços de atenção primária à saúde. No gráfico 1 é possível verificar a evolução dessa estratégia entre 1994 e 2011 pelos municípios brasileiros.

**Gráfico 1: Brasil: evolução do número de municípios com Estratégia de Saúde da Família, 1994 a 2011.**



Fonte: Ministério da Saúde, 2011

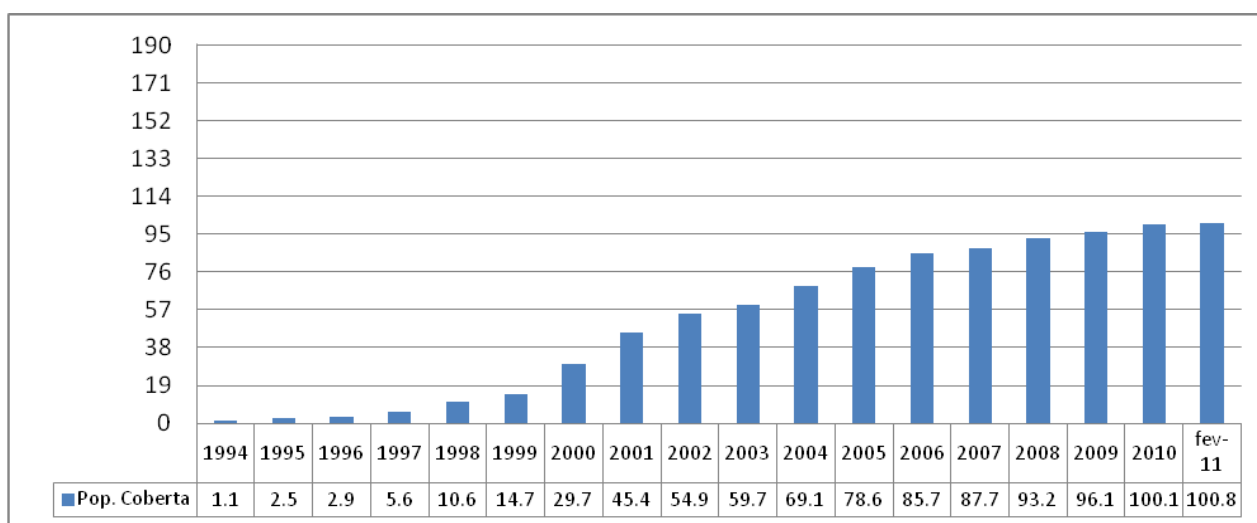
Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

No entanto, ao longo de 1999, o Ministério da Saúde diagnosticou que o sucesso da implantação do PSF em grande número de municípios encobria a baixa cobertura de suas populações, como pode ser demonstrado no gráfico 2. Apesar de estar presente em 5.279 municípios brasileiros, a cobertura populacional é de cerca de 52% da população brasileira. Este fato é explicado pelo gráfico 3, que evidencia a cobertura da saúde da família por porte populacional.

Quando comparamos a evolução do percentual de municípios com Estratégia de Saúde da Família por porte populacional, verificamos que quanto maior o município menor a porcentagem da população coberta pela ESF. Em municípios com população superior a 500 mil habitantes, a cobertura média era de 32% da população em 2011. Esta cobertura vai ampliando de acordo com a redução do porte populacional. Em 2003, por exemplo, a cobertura populacional dessa estratégia estava presente em

79,1% dos municípios menores de 5 mil habitantes, em 66,7% dos municípios com população entre 5 mil e 9,9 mil habitantes e em 54,8% dos municípios com população entre 10 mil e 19,9 mil habitantes. Para os municípios com população entre 20 mil e 49,9 mil, entre 50 mil e 99,9 mil, entre 100 mil e 249,9 mil, entre 250 mil e 499,9 mil e superior a 500 mil habitantes, a cobertura populacional era de 44%; 36,8%; 28,9%; 24,7% e 20,1%, respectivamente, para o ano de 2003.

**Gráfico 2: Brasil: Estratégia de Saúde da Família - evolução da população coberta de 1994 a 2011.**



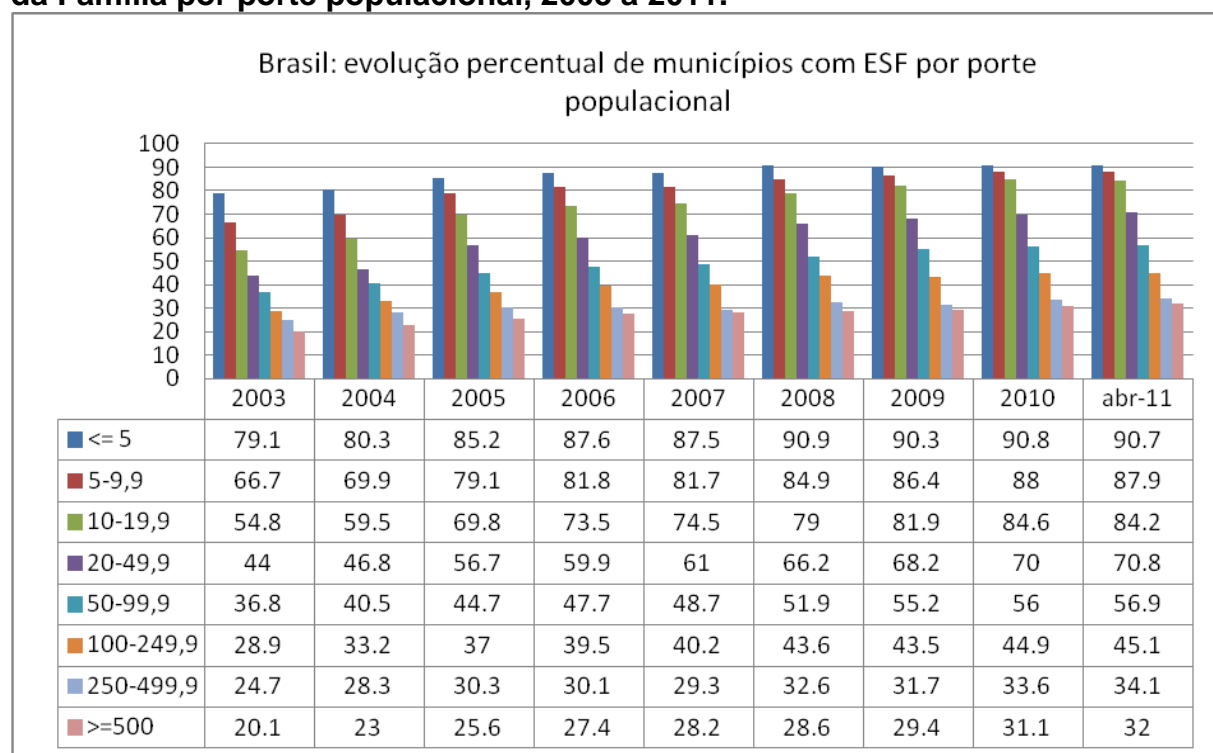
Fonte: Ministério da Saúde, 2012.  
Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

No ano de 2006, a cobertura populacional da ESF era de 87,6% dos municípios menores de 5 mil habitantes, em 81,8% dos municípios com população entre 5 mil e 9,9 mil habitantes e em 47,7% dos municípios com população entre 50 mil e 99,9 mil habitantes. Para os municípios com população entre 100 mil e 249,9 mil habitantes, a cobertura era de 39,5% pela ESF. Esse percentual chega a 30,1% no grupo dos municípios com população entre 250 mil e 499,9 mil habitantes. Para os municípios com mais de 500 mil habitantes, a cobertura pela ESF chegava a 27,4% nesse ano.

A Estratégia de Saúde da Família chega ao ano de 2011 presente em 90,7% dos municípios menores de 5 mil habitantes, em 56,9% dos com população entre 50 mil e 99,9 mil habitantes. No entanto, o esforço de ampliar a cobertura nos municípios com

população superior a 100 mil habitantes ainda precisa continuar já que o percentual de cobertura de 2003 a 2011 subiu, mas ainda não foi considerado satisfatório. Em municípios com população entre 100 mil e 249,9 mil, a cobertura passou de 38,9%, em 2003, para 45,1%, em 2011. Nos de escala entre 250 mil e 499,9 mil, esse percentual subiu de 24,7% para 34,1%. E nos com mais de 500 mil habitantes, variou de 20,1% para 32%. Uberlândia se encontra nesta média, com 30% da população cadastrada pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família.

**Gráfico 3: Brasil: evolução do percentual de municípios com Estratégia de Saúde da Família por porte populacional, 2003 a 2011.**



Fonte: Ministério da Saúde, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

Para Franco e Merhy (1999), o PSF não encontra dificuldades de implementação em municípios de pequeno porte, com pequena ou nenhuma capacidade instalada, que não dispõem, portanto, de uma rede consolidada de assistência. No entanto, das avaliações realizadas, foram detectados três grandes grupos de problemas para a sua implementação: 1) os relacionados à dificuldade de substituir o modelo e a rede tradicional de atenção à saúde, proposta denominada pelo Ministério da Saúde como

de conversão de modelo; 2) aspectos ligados à inserção e desenvolvimento de recursos humanos; e o monitoramento efetivo do processo e resultados do PSF, incluindo os instrumentos e estratégias de sua avaliação. 3) Outro grupo de problemas está relacionado com a garantia da integralidade, considerada na dimensão da integração aos demais níveis de complexidade da rede de serviços de saúde.

Quanto ao aspecto da gestão da ESF, esta apresenta alguns problemas, tais como o alto grau de normatividade na sua implementação. O Ministério da Saúde define desde o formato da equipe, as funções de cada profissional, a estrutura, o cadastro das famílias, o levantamento dos problemas de saúde existentes no território até os diversos modos de fazer o programa. Estas normas deverão ser seguidas rigorosamente pelos municípios, sob pena daqueles que não se enquadrarem nas orientações ministeriais ficarem fora do sistema de financiamento das equipes de Saúde da Família o que acaba engessando-o e dificultando para muitos municípios a possibilidade de melhor atender as necessidades de saúde peculiares a cada um dos 5.565 municípios brasileiros.

## **1.6 – Alguns desafios da Estratégia Saúde da Família no Brasil**

Na Estratégia de Saúde da Família, o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) é considerado como sendo a estratégia para a conversão do modelo de atenção nos grandes centros urbanos e para assegurar um cuidado integral à saúde da população (BRASIL, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde, o PROESF foi criado com o intuito de contribuir para a implantação e consolidação da Estratégia da Saúde da Família nos municípios que possuem mais de 100 mil habitantes e incentivar a melhoria da qualidade dos processos de trabalho e do desempenho dos serviços de saúde no país. O Ministério da Saúde, com o apoio do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), vem implementado o Projeto de Expansão e Consolidação à Saúde da Família (PROESF), com ações diretas em 187 municípios brasileiros e nas 27 Unidades da Federação.

O PROESF, pensado como uma opção de ampliação do acesso aos serviços de

Atenção Básica à Saúde para as populações dos grandes municípios brasileiros, por meio da expansão da Estratégia Saúde da Família, prevê a interferência no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família por meio de investimentos em atividades de formação e capacitação dos profissionais e o aumento da efetividade e melhoria do desempenho dos serviços. Ele incorpora processos sistemáticos de planejamento, monitoramento e avaliação e contempla investimentos para estruturação e organização de serviços, qualificação de Recursos Humanos e Sistemas de Informação e Avaliação.

Ainda de acordo com Ministério da Saúde, o projeto foi planejado para ser desenvolvido em três fases, sendo o acordo de empréstimo com o BIRD firmado separadamente em cada fase, mediante o cumprimento de metas e indicadores que estabelecem condição de acesso aos investimentos para as fases subsequentes. Seu tempo de implantação foi previsto para o período de 2002 a 2009. No entanto, sua primeira fase sofreu prorrogação e seu término se deu em 2007, acarretando mudança no tempo previsto. Seu segundo momento teve início no segundo semestre de 2008, com duração de três anos. Os recursos disponíveis foram 50% financiados pelo BIRD e 50% como contrapartida do governo federal.

O prazo de execução financeira do Acordo de Empréstimo da Fase 1 findou em 30 de junho de 2007, sendo que o empréstimo foi finalizado com 99,87% de seu montante total desembolsado, o que denota excelente execução financeira (MS, 2011).

A análise da evolução da cobertura da estratégia Saúde da Família no grupo de 187 municípios participantes da Fase 1 demonstrou um aumento de 43% no número de ESF implantadas de dezembro de 2003 a junho de 2007, com extensão da cobertura média de 25,7% para 34,4% nesse período. Essa expansão foi mais intensa no primeiro ano de implantação (2004), mas, apesar das dificuldades observadas nos anos seguintes, manteve-se a tendência de crescimento, ainda que de forma menos acentuada.

De acordo com o Ministério da Saúde, 2010, o PROESF, na Fase 2 (2008/2011), contempla três Componentes que agrupam um conjunto de Subcomponentes e Atividades/Ações possíveis de serem planejadas e financiadas com os recursos do Projeto.

1.Componente I: expansão e qualificação da Saúde da Família nos Municípios

com população acima de 100 mil habitantes

2.Componente II: fortalecimento da capacidade técnica das secretarias estaduais de saúde em monitoramento, avaliação e educação permanente;

3.Componente III: fortalecimento da gestão federal e apoio ao fortalecimento das gestões estaduais e municipais da ABS/Saúde da Família.

Os beneficiários diretos da Fase 2 do PROESF serão as populações dos municípios brasileiros que implantaram Equipes Saúde da Família dentro do período de desenvolvimento do Projeto na Fase 1. Destaca-se como população-alvo, específica do Componente I, aquela dos grandes centros urbanos, totalizando mais de 100 mil habitantes participantes da Fase 1 e eleitos para a Fase 2 do PROESF, bem como as Secretarias de Estado das 27 Unidades da Federação, por meio do Componente II.

Importante ressaltar que os Componentes II e III contemplam também ações na esfera municipal, por meio de municípios brasileiros que recebem incentivos ministeriais para implantação da estratégia Saúde da Família e/ou melhoria de sua qualidade. No quadro 2 demonstra-se o alcance dos principais indicadores de desempenho pactuados com o BIRD na consecução da Fase 1 do PROESF nos municípios participantes.

O Ministério da Saúde também vem instituindo outro mecanismo para apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência das ações da Atenção Primária, bem como sua resolutividade, além dos processos de territorialização e regionalização, por meio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008.

O NASF deve ser constituído por equipes de profissionais de diferentes áreas de conhecimento para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das Equipes de Saúde da Família no qual o NASF está cadastrado. Uberlândia ainda não possui NASF.

Para Goulart (2012), é preciso que haja flexibilização no PSF. Menciona ainda que nas unidades de referência NASF, é importante não haver portas abertas para todo demandante, mas apenas para aqueles que venham encaminhados pelos PSF de determinada área. Para o autor, esse tipo de unidade deve também exercer um papel pedagógico e de capacitação técnica para a equipe que encaminhou o paciente. Seria



**Quadro 2: Alcance dos principais indicadores de desempenho pactuados com o BIRD na consecução da Fase 1 do PROESF nos municípios participantes.**

Indicadores	Linha de base	Metas	Resultados alcançados (média para o conjunto de municípios)		
1. Cobertura média da população pelas equipes SF	26,6%	5%	34,4%	ez/05 Abr/07	Meta substancialmente alcançada
2. Cobertura vacinal de menores de 1 em dia em dia na população acompanhada pela SF nos municípios participantes do Componente I, Fase 1 PROESF, inclusive a DPT	94,0%	00%	94% 99% (todas as vacinas nas áreas da SF – fonte SIAB)	ez/05 Abr/07	Meta substancialmente alcançada
3. Percentual de NV de mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal.	57%	0%	61%	ez/05	Meta parcialmente alcançada
4. Percentual de gestantes acompanhadas pelas ESF e vacinadas contra tétano	91,0%	00%	94%95%	ez/05 Abr/07	Meta parcialmente alcançada
5. Percentual de médicos e enfermeiros da Saúde da Família sobre o total de médicos e enfermeiros da Atenção Básica	28%	-25%	41%	ez/05	Meta superada
6. Redução da Taxa de internação por Infecção Respiratória Aguda em menores de 5 anos	35 / 1000	35 / 1000	23,4 / 1000	ez/05	Meta alcançada
7. Taxa de internação por diarreia em menores de 5 anos.	9,0 / 1000	9/1000	7 / 1000	ez/05	Meta alcançada
8. Média mensal de visitas domiciliares por família.	1	0,75	1	ez/05	Meta alcançada
9. Percentual de ESF implantadas na Fase I que desenvolveram planos de ação e instrumentos para enfrentamento de questões de saúde em suas áreas	Informação não disponível	0%	74%	ev/06	Meta superada
10. Percentual de ESF implantadas na Fase I efetivamente supervisionadas por Grupo Supervisor de Referência	Informação não disponível	0%	84%	ev/06	Meta superada

Fonte: Ministério da Saúde, 2010.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

aconselhável, aliás, que nas consultas referenciadas os próprios médicos e enfermeiros estivessem presentes, para aproveitarem a oportunidade de se reciclarem; ou vice-versa, que os especialistas de referência fossem eles próprios até as equipes de PSF. Isto traria, sem dúvida, a vantagem adicional de instar as equipes de PSF a fazer os encaminhamentos com mais rigor, pois teriam que justificá-los a cada vez que ocorressem, dada a compulsória interlocução com outro médico nos encaminhamentos.

Durante todo o ano de 2011, ocorreram algumas iniciativas federais na tentativa de ampliar os valores repassados aos municípios para reforço da Atenção Primária. O conjunto de Portarias publicadas para melhorar a qualidade dos serviços está entre estas iniciativas e permite afirmar que o financiamento federal da atenção básica ganhou novos conteúdos e contornos. A Portaria 1.602, de 09/07/2011, que define os valores per capita do PAB Fixo; a 1.654, de 19/07/2011, que institui o Componente de Qualidade na Atenção Básica (PMAQ); a 2.206, de 12/09/2011, que institui o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e a Portaria 2.488, de 21/10/2011, que aprova a nova Política Nacional de Atenção Básica, são alguns exemplos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Em relação ao financiamento da Atenção Primária, uma parcela de recursos, articulados ao Plano “Brasil Sem Miséria”, foram mobilizados para o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, instituído pela Portaria 2.206, de 14/09/2011, com seu primeiro componente, o de Reformas. O Programa de Requalificação prevê um montante importante de recursos para responder às necessidades de reformas, ampliações e informatização de Unidades de Saúde de Atenção Primária a Saúde no país, tanto na modalidade de Saúde da Família quanto na modalidade tradicional, além de permitir a construção de novas unidades.

Em resumo, o financiamento da Atenção Primária está induzindo a mudança de modelo por meio da Estratégia de Saúde da Família e passou a garantir, proporcionalmente, mais recursos para os municípios que mais precisam, a valorizar aqueles que se empenham em alcançar melhores resultados e a financiar a reestruturação da rede física e modernização das UBS do Brasil. A partir desta portaria foi autorizada a implantação de três novas Unidades de Atenção Primária em Saúde da Família (UAPSFs) no município de Uberlândia.

O novo PAB Fixo, como foi apresentado anteriormente, diferencia o valor per capita por município, destinando mais recursos para os municípios mais pobres, com menor população, com maior percentual de população pobre e extremamente pobre e com as menores densidades demográficas. De acordo com o Ministério da Saúde (2012), apenas nos anos de 2011 e 2012, aqueles municípios com os piores indicadores, que são 70% do total do Brasil, tiveram 38,8% de aumento, passando para R\$ 25,00 hab./ano. Para outros 20% de municípios, em situação melhor do que a dos mais pobres, o per capita foi estipulado em R\$ 23,00 hab./ano, representando 27,8% de aumento. Para 7% dos municípios, no nível logo acima, o aumento foi de 16,7% e resultou em R\$ 21,00 hab./ano, e, finalmente, para os 3% de municípios maiores e mais ricos do País, o aumento foi de 11,1%, o que elevou o PAB Fixo a R\$ 20,00 habitantes/ano.

O Componente de Qualidade reúne os recursos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) que compreende quatro fases, as quais se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB (Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização).

A primeira fase do PMAQ consiste na adesão ao programa. Ocorre mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de atenção básica e os gestores municipais, e desses com o Ministério da Saúde. Esse processo implica a gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados. Envolve a pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social, contribuindo com o aprimoramento da cultura de negociação e pactuação no âmbito do SUS.

A adesão ao PMAQ e a incorporação de processos voltados para a melhoria do acesso e da qualidade da AB pressupõem o protagonismo de todos os atores envolvidos durante o processo de implementação do programa. A característica voluntária está associada à ideia de que o reforço e a introdução de práticas vinculadas ao aumento da qualidade da AB somente poderão se concretizar em ambientes nos quais os trabalhadores e gestores sintam-se motivados e se percebam essenciais para o seu êxito.

A segunda fase do programa é o momento de desenvolvimento das estratégias relacionadas aos compromissos com a melhoria do acesso e da qualidade. É estruturada em quatro dimensões consideradas centrais na indução dos movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado, produzindo, assim, melhorias contínuas da qualidade da atenção básica, quais sejam: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional.

A terceira fase do PMAQ consiste na avaliação externa, em que será realizado um conjunto de ações que averiguará as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes da atenção básica participantes do programa. Destaca-se que os padrões de qualidade presentes no instrumento de certificação, que será utilizado nessa etapa, guardam similaridade com os de autoavaliação, que serão apresentados neste documento.

A quarta e última fase do programa é o momento de reconstrutualização com a gestão municipal e equipes de atenção básica, a partir das realidades evidenciadas na avaliação externa. Essa etapa dá concretude à característica incremental da melhoria da qualidade adotada pelo programa, prevendo um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolve a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica.

No âmbito do PMAQ, recomenda-se que a autoavaliação seja realizada com base na ferramenta composta por um conjunto de padrões de qualidade, ou seja, por um conjunto de declarações acerca da qualidade esperada quanto à estrutura, aos processos e aos resultados das ações da atenção básica.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica é um Programa que procura induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além de ampliar também a capacidade de as Equipes de Atenção Básica ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população. O Programa busca induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações

governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde em todo o Brasil (BRASIL, 2012a).

Durante o ano de 2011, o PMAQ teve a adesão de quase 18 mil Equipes de Atenção Básica e de 4 mil municípios brasileiros. Estes municípios contratualizaram compromissos e metas e realizaram processo de autoavaliação e têm monitorado, mês a mês, 47 indicadores. Essas equipes estão passando por um processo de avaliação externa que considera as condições de infraestrutura e funcionamento das Unidades de Atenção Primária à Saúde, o apoio da gestão à organização das equipes, a satisfação e participação do usuário, a garantia de direitos, carreira, processos desejáveis de gestão do trabalho e educação permanente das equipes, e a avaliação do acesso e da qualidade da atenção à saúde ofertada naquela unidade.

Em Uberlândia, durante o ano de 2012, 16 equipes de Saúde da Família passaram pelo processo de certificação do PMAQ. Das 16 unidades inscritas no Programa, cinco foram consideradas com desempenho ótimo e 10 com desempenho bom

Hoje, a estratégia utilizada pelos gestores brasileiros para organizar a Atenção Primária à Saúde é não somente observada, mas reconhecida no cenário internacional. Isso representa um valor conquistado ao longo dos últimos dezoito anos. Na verdade, mesmo com dificuldades e desafios que ainda ameaçam a sustentabilidade da ESF, é preciso reconhecer que houve avanços significativos. A ESF oferece uma cobertura superior a 50% da população, mais de 100 milhões de pessoas inseridas em um modelo de atenção que tem potencial para mais e melhores resultados estando presente em grandes cidades, com cobertura importante em Belo Horizonte e com ritmo intenso de expansão da cidade do Rio de Janeiro.

A implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) já se consolida como proposta inovadora na organização do processo de trabalho e fortalece as ações de promoção da saúde. Diferentes metodologias, com destaque para a Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ) ou para estudos e pesquisas desenvolvidos em parceria com instituições acadêmicas, configuram-se como indutores à institucionalização do monitoramento e avaliação nos serviços de saúde. Está em campo um conjunto de ações, formuladas e sendo implementadas em parceria com o

Ministério da Educação, para incentivar mudanças na formação profissional, como por exemplo, o aumento de Instituições Federais que ofertam residência em Medicina da Família e Comunidade.

Cabe ressaltar que, levando-se em consideração as características dos municípios, os cenários de implantação são distintos, uma vez que, em municípios pequenos, altas coberturas podem ser obtidas com a implantação de um pequeno número de equipes e, para muitos deles, esta implantação pode ter significado, concretamente, expansão de serviços básicos. Já para municípios maiores, a implantação da ESF parece exigir, necessariamente, um esforço de reorganização da rede básica (em algum nível, ainda que não se faça no sentido da reorientação do modelo assistencial), uma vez que, nos grandes municípios, já existe uma rede física instalada e um conjunto de profissionais atuando segundo uma determinada lógica de organização dos serviços.

O quadro 3 traça um resumo dos principais momentos da Estratégia de Saúde da Família desde a sua implantação

**Quadro 3: Principais Momentos da Estratégia de Saúde da Família no Brasil**

<b>MOMENTO</b>	<b>EVENTOS</b>
Década de 1980	Início da experiência de Agentes Comunitários de Saúde no estado do Ceará
1991	Criação oficial do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo Ministério da Saúde.
1994	Realização do estudo “Avaliação Qualitativa do PACS”; criação do Programa Saúde da Família (PSF); primeiro documento oficial “Programa Saúde da Família: dentro de casa”; e criação de procedimentos vinculados ao PSF e ao PACS na tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).
1996	Legalização da Norma Operacional Básica (NOB 01/96) para definição de um novo modelo de financiamento para a atenção básica à saúde.
1997	Lançamento do Reforsus, um projeto de financiamento para impulsionar a implantação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para Saúde da Família; publicação de um segundo documento oficial “PSF: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”, dirigido aos gestores e trabalhadores do SUS e instituições de ensino; PACS e PSF são incluídos na agenda de prioridades da política de saúde; publicação da Portaria MS/GM nº 1.886, com as normas de funcionamento do PSF e do PACS.
1998	O PSF passa a ser considerado estratégia estruturante da organização do SUS; início da transferência dos incentivos financeiros fundo a fundo

	destinados ao PSF e ao PACS, do Fundo Nacional de Saúde; primeiro grande evento: “I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família”; edição do “Manual para a Organização da Atenção Básica”, que serviu como importante respaldo organizacional para o PSF; definição, pela primeira vez, de orçamento próprio para o PSF, estabelecido no Plano Plurianual.
1999	Realização do 1º Pacto da Atenção Básica e do segundo grande evento, “I Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família – construindo um novo modelo”; realização do estudo “Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família”; edição da Portaria n ° 1.329, que estabelece as faixas de incentivo ao PSF por cobertura populacional
2000	Criação do Departamento de Atenção Básica para consolidar a Estratégia de Saúde da Família; publicação dos Indicadores 1.999 do Sistema de Informação da Atenção Básica.
2001	Edição da “Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/01”, ênfase na qualificação da atenção básica; realização de um terceiro evento, “II Seminário Internacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família (ESF); incorporação das ações de saúde bucal ao PSF; realização da primeira fase do estudo “Monitoramento das equipes de Saúde da Família no Brasil”.
2002	Realização de um quarto evento: “PSF – A saúde mais perto de 50 milhões de brasileiros” e da segunda fase do estudo “Monitoramento das equipes de Saúde da Família no Brasil”.
2003	Início da execução do Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (PROESF), cuja proposta inicial era a ampliação do programa em municípios de grande porte, ou seja, com mais de 100 mil habitantes, e publicação dos Indicadores 2.000, 2.001 e 2.002 do Sistema de Informação da Atenção Básica.
2006	Política Nacional da Atenção Básica define normas para o incentivo financeiro a Municípios Habilitados à Parte Variável do Piso de Atenção Básica; II - Atendimento Assistencial Básico nos Municípios Brasileiros; III - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde.
2008	Criação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família –NASF que deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das Equipes de Saúde da Família no qual o NASF está cadastrado.
2011	Saúde Mais Perto de Você - PMAQ tem como propósito a ampliação da oferta qualificada dos serviços de saúde no âmbito do SUS. Está organizado em quatro fases que se complementam, formando um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.
2012	Publicação das ferramentas da AMAQ – Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Fonte: MS (1998, 2001, 2004, 2008, 2011a, 2011b, 2011c e 2012); VIANA ; DAL POZ (1998).  
Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

A descrição detalhada deste processo de consolidação da ESF, buscando revelar a diversidade e complexidade de sua implantação no Brasil foi o principal produto deste capítulo. A partir destes resultados deve ser aprofundada a análise dos contextos de implantação da ESF em Uberlândia, na tentativa de compreender a conformação da ESF no nível local. A análise destes contextos, por sua vez, permitirá entender a variabilidade dos seus efeitos sobre a organização dos serviços e sobre a saúde da população uberlandense.

É nessa perspectiva que a temática da avaliação adquire centralidade no debate sobre o processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família, buscando responder a algumas questões que parecem fundamentais, dentre as quais destacamos: A ESF é a porta de entrada para a rede de serviços de saúde municipal? Que efeitos sobre a organização dos serviços e sobre a saúde da população podem ser observados a partir de sua implantação?



## **Capítulo 2**

### **Os caminhos da pesquisa: aspectos teórico-conceituais e operacionalização**

## **2.1 . A importância do território para o entendimento da Estratégia Saúde da Família**

A Estratégia de Saúde da Família vem, cada vez, despertando mais interesse de estudos por parte de pesquisadores da Ciência Geográfica e um dos motivos para este movimento em torno desta estratégia está na categoria de análise território, objeto de estudo da Geografia, que vem sendo adotada para delimitação das áreas de atuação das equipes de saúde da família.

A estratégia de saúde da família considera alguns requisitos importantes para a delimitação das áreas e microáreas de atuação. Essas unidades são delimitadas em função da área de abrangência de uma unidade de saúde, no caso de Uberlândia, as UAPSFs. Delimita-se em função do fluxo e contrafluxo de trabalhadores de saúde e da população num determinado espaço. As microáreas são definidas seguindo a lógica da homogeneidade socioeconômico-sanitária, isto é, a identificação de espaços onde se concentram grupos populacionais mais ou menos homogêneos de acordo com suas condições de vida, dentro de um território delimitado.

Para Pereira e Barcellos (2006), a territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho na ESF. Esta tarefa adquire ao menos três sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existentes nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência. Assim, percebe-se a preocupação em operacionalizar o conceito de território, sem, no entanto, uma discussão sobre os seus múltiplos sentidos.

Quando se considera um determinado local delimitado pela ESF, pode-se falar de uma configuração territorial que tem determinados atributos. Essas características, naturais ou elaboradas pelo homem, dão feição ao ambiente que, por sua vez, influi no processo saúde-doença da população. O reconhecimento dessa relação é um passo importante para a incorporação de conceitos e práticas da geografia na ESF. O território, neste caso, seria mais que um depósito de atributos da população, mas também o lugar da responsabilidade e da atuação compartilhada. No entanto, segundo

levantamento realizado por entrevistas, os técnicos da ESF veem a comunidade como um aglomerado “amorfo, indistinguível, desorganizado” (PEDROSA e TELES, 2001).

Por este motivo, é importante focalizar políticas públicas que abarquem as diferenças existentes entre conjuntos de microáreas, territórios, pois as características que os distinguem são importantes para se introduzir as variáveis localização e topologia nos estudos de saúde, utilizando ferramentas nas quais os atributos das diversas áreas podem ser considerados e discutidos em conjugação com a estrutura espacial que os suporta (BARCELLOS e BASTOS, 1996).

Os sistemas de saúde se organizam em uma base territorial, o que significa dizer que a distribuição dos serviços de saúde segue uma lógica de delimitação de áreas de abrangência que devem ser coerentes com os níveis de complexidade das ações de atenção. As diretrizes estratégicas do SUS, segundo a Lei 8080, têm uma forte relação com a definição de território. O município representa um dos níveis nos quais se decide sobre as políticas de saúde local. Nesse território, as práticas de saúde avançam para a integração de ações de atenção, prevenção, promoção, de forma que as intervenções sobre os problemas sejam também sobre as condições de vida das populações.

O campo da saúde vem recebendo diversas contribuições dos estudos que abordam a questão espacial, entre eles destacam-se (BOUSQUAT, 2001; BOUSQUAT e COHN, 2004; CZERESNIA e RIBEIRO, 2000), que vêm realizando estudos sobre a Epidemiologia incorporando gradativamente o conceito de espaço e fazendo dessa categoria uma importante ferramenta para a análise da manifestação coletiva da enfermidade, distribuição de equipamentos, políticas de acesso aos serviços de saúde.

Medronho et al (2005) desenvolveu um dos mais completos manuais de Epidemiologia, demonstrando a importância das técnicas de análises espaciais, as quais são trabalhadas pela Geografia. Entre essas técnicas, destaca-se a utilização das ferramentas do SIG (Sistema de Informação Geográfica) pela sua capacidade de agrupar uma grande quantidade de dados e sua respectiva localização.

A partir da década de 1970, algumas mudanças impostas pela “nova” sociedade que se desenvolve espacialmente - no caso brasileiro, uma sociedade cada vez mais urbana - vêm fortalecer as categorias espaço e território nas pesquisas em saúde pública. Por um lado, as mudanças no perfil de morbimortalidade da população,

caracterizada pela redução das doenças infecciosas e o aumento das doenças crônico-degenerativas, e, por outro, a emergência de novas enfermidades, como a Aids, são responsáveis pela crise que se instaura na ciências da saúde no sentido de buscar formas mais eficientes de entender a doença como manifestação coletiva.

No contexto da geografia brasileira, observam-se poucos trabalhos de estudiosos dessa área sobre tema da saúde. Guimarães (2001) menciona que há uma grande quantidade de epidemiologistas trabalhando com as ferramentas da geografia, mas a mão contrária não se faz com a mesma intensidade. O livro “Geografia da Fome”, de Josué de Castro (CASTRO, 1984) é evidenciado como um dos mais importantes estudos, que incorporou de maneira inquestionável a integração de conhecimentos geográficos e de saúde. A questão da alimentação foi também tema de uma publicação de Milton Santos em 1967, denominada “Croissance Démographique et Consommation Alimentaire dans les pays sousdéveloppés” (SANTOS, 1996).

Almeida (2005) reconhece que a Constituição de 1988 abriu um novo capítulo na história da saúde pública brasileira, quando pela primeira vez se reconhece a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. Para que esse direito seja realmente exercido é necessário que cada cidadão possa usufruir plenamente dos serviços de saúde, independentemente do lugar que esteja ocupando no território brasileiro. A implantação do Sistema Único de Saúde, uma verticalidade institucional tem conduzido ao processo de descentralização dos serviços de saúde. Por intermédio de um conjunto normativo assistimos ao processo de habilitação dos estados e municípios para que esses tenham responsabilidades definidas segundo a modalidade de gestão a que estão habilitados.

Ainda sobre o processo de descentralização Almeida (2005) menciona que os municípios são os protagonistas desse processo. A ausência de dinamismo econômico de boa parte dos municípios brasileiros, fruto da seletividade do meio técnico-científico-informacional, é um dos fatores que interferem no pleno funcionamento do SUS. Em sua análise por intermédio do conceito de território usado buscou-se desvendar as distintas situações geográficas que marcaram a organização dos serviços de saúde, especialmente no atual período histórico, marcado pelo aprofundamento do processo de globalização da economia.

Para Czeresnia e Ribeiro (2000, p. 602), “os conceitos de espaço geográfico propostos por Milton Santos constituem uma das referências mais importantes para as análises da relação entre espaço e doença, especialmente as produzidas no Brasil”. Essa importância será reconhecida, sobretudo, no estudo das doenças endêmicas, porque permite entender a sua produção e distribuição como o resultado da organização social do espaço. Barreto (2000) também reforça a influência de Milton Santos na epidemiologia brasileira, segundo o qual

[...] na perspectiva da epidemiologia social, é a divulgação dos trabalhos de Milton Santos, principalmente aqueles produzidos a partir da segunda metade da década de 70, que tem um impacto significativo, pois trazia no conceito de espaço a possibilidade de articular os complexos elementos da dinâmica das sociedades, bem como da sua historicidade. (BARRETO, 2000, p. 613).

Santos (1997; 2004) defende uma concepção de espaço que envolve ao mesmo tempo a forma, os objetos contidos no espaço e a função ou as ações que se fazem em relação aos objetos. Sua principal contribuição se faz no sentido de entender o espaço como processo e produto das relações sociais, que se realiza como uma instância social (SANTOS, 1997).

O autor define o espaço como sendo

(...) um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como quadro único na qual a história se dá (...) Sistemas de objetos e sistemas de ações interagem. De um lado, os sistemas de objetos condicionam a forma como se dão as ações e, de outro lado, o sistema de ações leva à criação de objetos novos ou se realiza sobre objetos preexistentes. É assim que o espaço encontra a sua dinâmica e se transforma. (SANTOS, 2004, p. 63).

Ao abordar o espaço nessa perspectiva, o autor coloca o papel central das relações sociais na sua produção; torna-se ele mesmo uma categoria relacional, permitindo pensá-lo para além das geometrias na medida em que se realiza como processo, movimento ou fluxo. Isso ocorre porque as formas “(...) estão sempre mudando de significação, na medida em que o movimento social lhes atribui, a cada momento, frações do todo social”. (SANTOS, 1997, p. 2). Ou seja, para cada período de tempo, as formas terão novos conteúdos e ao mesmo tempo novas funções. Haverá,

então, uma dialética forma-conteúdo que se manifesta também como uma dialética socioespacial.

Ao pensar a categoria espaço como processo social, Santos (2004) destacou a importância da técnica para o seu entendimento. Pois sabemos que a principal forma de relação entre o homem e a natureza, ou seja, entre o homem e o meio, é dada pela técnica. O processo social se realiza pela ação, não é possível entendê-lo negligenciando as técnicas – “conjunto de meios instrumentais e sociais, com os quais o homem realiza sua vida, produz e, ao mesmo tempo, cria seu espaço” (SANTOS, 2004, p. 29).

Para Santos (2004), a formação do território perpassa pelo espaço e a forma do espaço é encaminhada segundo as técnicas vigentes e utilizadas no mesmo. O território pode ser distinguido pela intensidade das técnicas trabalhadas bem como pela diferenciação tecnológica das técnicas, uma vez que os espaços são heterogêneos. É preciso compreender a categoria território, sendo que é na base territorial que tudo acontece, mesmo as configurações e reconfigurações mundiais influenciando o espaço territorial.

Santos (2003) menciona que categoria território se mostra pertinente, tanto no que se refere ao alcance social dos bens produzidos pela sociedade moderna quanto para a investigação das realidades sociais mais deploráveis. Se, de um lado, o território - cenário das relações sociais - pode ser essencial para investigar a apropriação/dominação do espaço e sua relação com a saúde, de outro, torna-se importante para o planejamento de ações que permitam diminuir os impactos dessa apropriação na vida das pessoas.

Sobre o território e sua relação com a temática saúde Guimarães (2005) menciona que (...) “o território tem se constituído em uma das principais categorias da estratégia espacial da política nacional de saúde” isto porque, segundo ele, a partir da estratégia de municipalização dos serviços e da integralização das ações de saúde desencadeado pela reforma sanitária brasileira, em cada nível de governo apresenta um comando único, então, primeiramente, “o território é visto como uma área, delimitada por fronteiras políticas” (GUIMARÃES, 2005, p. 7).

No entanto, o autor menciona que (...) o território concebido e, ao mesmo tempo, em processo de construção pela política nacional de saúde é muito mais do que a extensão territorial dos municípios brasileiros” (GUIMARÃES, 2005, p. 8). Pois esse considera que a concepção de território do SUS perpassa por outras estratégias espaciais que integram o escopo da Atenção Básica como delimitação das áreas de abrangência das unidades de saúde, os distritos sanitários e os programas de saúde da família, os quais “apresentam a territorialização como trunfo político”.

Diferentes concepções e abordagens devem ser utilizadas para a compreensão e conceituação de território. De forma ampla, o território deve sempre ser pensado dentro de um contexto histórico e temporal. Nessa perspectiva traçaremos aqui um panorama geral de diferentes autores que abordam, de maneira particular, a perspectiva territorial.

Raffesttin (1993) trata na sua obra do caráter político do território, bem como sua compreensão sobre o conceito de espaço geográfico, pois o entende como substrato, um palco preexistente ao território. Para o autor (1993, p.143), “È essencial compreender bem que o espaço é anterior ao território. O território se forma a partir do espaço, é o resultado de uma ação conduzida por ator sintagmático (ator que realiza um programa) em qualquer nível”.

Na concepção do autor, o território é tratado com uma ênfase político-administrativa, isto é, como território nacional, espaço físico onde se localiza uma nação; um espaço onde se delimita uma ordem jurídica e política; um espaço medido e marcado pela projeção do trabalho humano com suas linhas, limites e fronteiras.

Ainda de acordo com Raffesttin (1993), o ator, ao se apropriar de um espaço, concreta ou abstratamente, o territorializa. Neste sentido, entende o território como sendo

Um espaço onde se projetou um trabalho, seja energia e informação, e que, por consequência, revela relações marcadas pelo poder (...) o território se apoia no espaço, mas não é espaço. É uma produção a partir do espaço. Ora, a produção, por causa de todas as relações que envolve, se inscreve num campo de poder. (RAFFESTTIN, 1993, p.144)

Na concepção de Raffestin (1993), a construção do território revela relações marcadas pelo poder. Assim, faz-se necessário enfatizar uma categoria essencial para a compreensão do território, que é o poder exercido por pessoas ou grupos sem o qual não se define o território. Poder e território, apesar da autonomia de cada um, vão ser enfocados conjuntamente para a consolidação do conceito de território. Assim, poder é relacional, pois está intrínseco em todas as relações sociais.

Sack (1986) também apresenta uma perspectiva teórica relacional do território, abordando a territorialidade humana como um elemento indispensável à vida cotidiana. A territorialidade é entendida com a expressão geográfica do exercício do poder, em diferentes níveis – do pessoal ao internacional, sendo uma forma de comportamento espacial. Esta territorialidade é central em sua abordagem e supõe o controle sobre uma área ou espaço: é uma estratégia para influenciar ou controlar recursos, fenômenos, relações e pessoas. “A territorialidade está intimamente relacionada ao como as pessoas usam a terra, como organizam o espaço e como dão significados ao lugar”.(SACK, 1986, p.2).

Para Saquet (2010), o território é produto das relações sociedade-natureza e condição para a reprodução social, sendo um campo de forças que envolvem obras e relações sociais (econômicas-políticas-culturais) historicamente determinadas. A territorialização se efetiva nessa relação sociedade natureza, mediada pelas territorialidades. Ainda para o autor

(...) o processo de territorialização é um movimento historicamente determinado; é um dos produtos socioespaciais do movimento e das contradições sociais, sob as forças econômicas, políticas e culturais, que determinam as diferentes territorialidades, no tempo e no espaço. (SAQUET, 2010, p.127)

Para Unglert (1999), a análise do território serve, antes de tudo, como meio operacional para avaliação objetiva das condições criadas para a produção, circulação, residência, comunicação e sua relação com as condições de vida. Além disso, esse território é um meio percebido, subordinado a uma avaliação subjetiva de acordo com representações sociais específicas. O território é abordado de acordo com diversos pontos de vista, estando não só associado a uma porção específica da Terra, identificada pela natureza, pelas marcas que a sociedade ali imprime, como também a



uma simples localização, referida indiscriminadamente a diferentes escalas, como a global, regional, da cidade, da rua e até de uma casa apenas. Ainda de acordo com a referida autora

O estabelecimento dessa base territorial é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como o dimensionamento do impacto do sistema sobre os níveis de saúde dessa população e, também, para a criação de uma relação de responsabilidade entre os serviços de saúde e sua população adscrita (UNGLERT, 1999, p. 222).

O entendimento do processo saúde-doença tem evoluído consideravelmente de uma concepção eminentemente monocausal do pensamento clínico a concepções ampliadas de saúde, que articulam saúde com condições de vida, o que os movimentos contemporâneos da promoção social da saúde incorporaram plenamente. Essa nova visão considera a saúde como uma acumulação social, expressa num estado de bem-estar que pode indicar acúmulos positivos ou negativos. Portanto, compreende que a dinâmica das relações sociais seja o fator que define as necessidades de cuidados à saúde.

Para a constituição de uma base organizativa dos processos de trabalho nos sistemas locais de saúde em direção a essa nova prática, é importante o reconhecimento dos territórios e seus contextos de uso, uma vez que estes materializam diferentemente as interações humanas, os problemas de saúde e as ações sustentadas na intersectorialidade. No setor saúde é importante que os processos organizativos sejam pensados e realizados mediante operações intersectoriais, articuladas por diferentes ações de intervenção (promoção, prevenção, atenção), baseados em seus três pilares estratégicos: os problemas de saúde, o território e a prática intersectorial. Diante disso, o conceito de espaço, de onde se origina a noção de território, pode exercer importante papel na organização dessas práticas.

Para Nossa (2005), a organização espacial obedece a uma lógica invisível de valores, informações, percepções e obstáculos que, embora sendo materialmente intangíveis, conferem, simultaneamente, coerência e estruturam o uso que dele é feito.

Por intermédio da categoria território utilizado, o planejamento das ações em saúde pode ampliar seu campo de atuação formal sobre o espaço que, por sua vez,

modifica-se conforme a dinâmica das relações sociais. Assim, a escala geográfica operativa para a territorialização emerge, principalmente, dos espaços da vida cotidiana, compreendendo desde o domicílio (Estratégia de Saúde da Família) a áreas de abrangência (de unidades de saúde) e territórios comunitários (dos distritos sanitários e municípios). Esses territórios abrangem por isso, segundo Santos (2004), um conjunto indissociável de objetos cujos conteúdos são usados como recursos para a produção, habitação, circulação, cultura, associação, lazer, saúde, entre outros.

Para Guimarães (2005) o processo de territorialização no SUS está produzindo uma diferenciação entre espaços de vida cotidiana, que poderá ser reconhecida como um “processo de regionalização em diferentes escalas”, cuja escala local é onde a política de saúde brasileira ganha capacidade operacional através da capilaridade engendrada no cotidiano dos cidadãos.

Para Gondim et al. (2008), no campo da saúde, os espaços são conjuntos de territórios e lugares onde fatos acontecem simultaneamente e suas repercussões são sentidas em sua totalidade de maneiras diferentes. Cada fato é percebido com maior ou menor intensidade de acordo com a organização sócio-espacial, cultural, político e econômica desses lugares.

De acordo com Mendes (2007), o processo de territorialização deve estar baseado em parâmetros espaciais e temporais. A configuração territorial ideal deve incluir um espaço bem definido e gerenciável, onde as necessidades de saúde possam ser regularmente definidas e os serviços de saúde racionalmente planejados e monitorados. Este território deveria conter uma instituição com capacidade de liderança, mobilização e utilização dos recursos. O território deve permitir a oportunidade de compreender as relações entre os elementos que determinam a saúde e a doença e estabelecer as parceiras para melhorar a saúde da população.

De acordo com Brasil (2012a), a noção de território compreende

(...) não apenas uma área geográfica delimitada, como também as pessoas, instituições, redes sociais (formais e informais) e cenários da vida comunitária. Por apresentar esse caráter dinâmico, o planejamento das ações em saúde no território é situacional. A equipe faz o acompanhamento dinâmico da situação de saúde, mapeia adequadamente o território, representando-o de forma gráfica – com identificação dos aspectos geográficos, sociais, econômicos, culturais, religiosos, demográficos e epidemiológicos –, associando-o com o cadastro

atualizado de domicílios e famílias e informações vindas dos sistemas de informações e de outras fontes. A territorialização possibilita o planejamento das ações prioritárias para o enfrentamento dos problemas de saúde mais frequentes e/ou de maior relevância e em consonância com o princípio da equidade. O planejamento e a avaliação das ações implementadas possibilitam a reorientação permanente do processo de trabalho. A comunidade e instituições intersetoriais são envolvidas nesse processo, ampliando a compreensão da equipe em relação à realidade vivida pela população e também o protagonismo desses atores. (BRASIL, 2012a, p.59).

O território adstrito da equipe de saúde da família é uma unidade de planejamento de ações, onde estas devem ser desenvolvidas com base nas necessidades e prioridades da comunidade cadastrada. A equipe deve estabelecer relações de vínculo e se responsabilizar pela resolução dos problemas de saúde da população adscrita, garantindo, assim, a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família tem como objetivo a integração e a organização das atividades em um território definido, com a intenção de enfrentar e resolver os problemas identificados, com vistas a mudanças radicais no sistema, de forma articulada e constante.

## **2.2. As redes de atenção à saúde**

A Organização Mundial da Saúde (2000), por meio do relatório anual sobre a saúde do mundo, propõe critérios para o desenho das redes de atenção à saúde, ainda que não mencione especificamente a palavra rede, mas integração do sistema. Quando as unidades de saúde de um sistema tornam-se mais autônomas, há o risco da fragmentação. A fragmentação dos sistemas de saúde pode ocorrer entre unidades semelhantes (hospitais, por exemplo) e entre unidades de diferentes níveis de cuidados. A fragmentação apresenta consequências negativas para a eficiência e a equidade dos sistemas de saúde. Além disso, os sistemas fragmentados determinam ineficiências alocativas significativas.

De acordo com Mendes (2007), existem dois tipos de integração: a integração hierárquica ocorrida, por exemplo, na Costa Rica, Reino Unido e Suécia, e a integração

virtual que se faz por meio de sistemas comunicacionais modernos, sem controles verticais rígidos. Isso tem sido tentado em países como Gana e Bangladesh.

A telemedicina é uma das opções para a integração de serviços de saúde em regiões remotas do Brasil. Machado et al. (2010) relata a experiência do Núcleo de Apoio à População Ribeirinha da Amazônia (NAPRA) em executar a primeira experiência completa de telemedicina na Amazônia. O polo de telemedicina de baixa complexidade (PTBC) do Rio Madeira, instalado na comunidade de Santa Catarina, foi implementado em 2006 na UBS local e trabalhou intensivamente no período de 17 a 31 de julho do mesmo ano.

Ainda de acordo com Machado et al. (2010), a escolha desta comunidade para o projeto de telemedicina, dentre as 28 localizadas na região do “baixo rio Madeira”, obedeceu os seguintes critérios: Representatividade e localização - comunidade típica ribeirinha, cujo acesso se dá unicamente via fluvial a uma distância aproximada de duzentos quilômetros de Porto Velho e equidistante das principais comunidades do chamado baixo rio Madeira; número de famílias - possui 26 famílias, todas cadastradas pela ESF; estrutura da comunidade - possui gerador elétrico a diesel que funciona 24 horas, telefone público solar, associação de pescadores que permite alojar a equipe, escola em funcionamento e um administrador atuante; recursos na área da saúde - sua UBS, apesar de ser totalmente de madeira, possui energia elétrica, água tratada e conta com dois agentes de saúde e da visita mensal da equipe de PSF; abrangência do posto de saúde – nove comunidades do entorno dependem do atendimento desta UBS – Santa Catarina, Ilha de Iracema, Tira Fogo, Bonfin, Pombal, São José da Praia, Conceição da Galera, Lago do Caranã e Laranjal, totalizando aproximadamente mil moradores.

O NAPRA é uma associação privada, sem fins lucrativos, que realiza projetos interdisciplinares na Amazônia há mais de dez anos. A missão do NAPRA é dar suporte ao desenvolvimento de comunidades tradicionais em áreas ricas em biodiversidade com ações integradas de saúde, educação e produção e, ao mesmo tempo, contribuir com o desenvolvimento da consciência de trabalho social e interdisciplinar de estudantes universitários integrados ao projeto. As principais atividades do projeto são realizadas todo mês de julho, com um grupo de cinquenta a setenta integrantes de

diversas universidades e áreas do conhecimento. As principais linhas de atuação são: atendimento médico, odontológico, fisioterapêutico, análises laboratoriais, educação em saúde, formação de educadores ribeirinhos, atividades de ressignificação da cultura local, pesquisas de tecnologias sociais em saúde, educação e produção, suporte à produção e comercialização de produtos florestais não madeireiros (PFNM) e apoio no planejamento das unidades de conservação local. Não é possível executar um projeto de telemedicina sozinho e, para cumprir esses objetivos, o NAPRA conta com uma rede de parceiros e colaboradores de diversas empresas e instituições governamentais e não-governamentais.

De acordo com Machado et al. (2010), os objetivos do projeto de telemedicina são:

1. Execução da telemedicina como recurso tecnológico para a promoção e prevenção da saúde em comunidades isoladas, mostrando a viabilidade do atendimento de saúde para populações nessas condições de isolamento;
2. Capacitação profissional de agentes de saúde locais para uso desta tecnologia;
3. Capacitação para o manuseio desta tecnologia aos estudantes universitários durante sua extensão universitária, introduzindo aos estudantes de diferentes instituições e cursos uma realidade diferente daquela vivenciada em sua vida acadêmica;
4. Ser exemplo para a implantação de outros sistemas semelhantes em diferentes regiões do país.

O projeto de Telemedicina é uma opção para prestar assistência médica a pacientes que estão geograficamente distantes do médico. Além disso, é uma forma de difundir cuidados na área da Saúde para localidades desprovidas destes serviços ou, ainda, deficitários de determinados tipos de procedimentos. O objetivo é permitir igualdade de acesso aos serviços médicos, independentemente da localização geográfica do indivíduo.

A telemedicina é um serviço emergente que apresentou contribuições efetivas na prestação de cuidados de saúde, facilitando o acesso a cuidados médicos de melhor

qualidade, obtenção de uma segunda opinião médica a custos acessíveis, proporcionando extensão de serviços médicos especializados a locais remotos.

Em termos conceituais a definição utilizada para atenção integrada é a de um conceito que reúne insumos, gestão e organização dos serviços relacionados ao diagnóstico, ao tratamento, ao cuidado, à reabilitação e à promoção da saúde. A atenção integrada deve ser entendida como um veículo para melhorar os serviços em relação ao acesso, qualidade, satisfação do usuário e eficiência. Nesse sentido, a coordenação, a articulação de diferentes partes em relações apropriadas para assegurar a efetividade é diferente da integração, a combinação das partes formando um todo.

A atenção integrada deve ser vista como um meio de melhorar o acesso, a qualidade, a satisfação do usuário e a eficiência dentro de um quadro geral de melhoria da equidade. A continuidade da atenção enfatiza as experiências dos pacientes ao longo dos sistemas de saúde e de assistência social e provê lições importantes para o desenvolvimento da atenção integrada.

Para Mendes (2011), há três definições para a continuidade da atenção: a longitudinalidade ou continuidade do profissional (ver sempre o mesmo profissional todo o tempo); a continuidade por meio dos níveis primário e secundário (o plano de referência entre atenção primária e secundária); a continuidade da informação (registros clínicos compartilhados). A atenção integrada é um termo geral que se refere não somente à perspectiva dos pacientes, mas, também, às implicações tecnológicas, de gestão e econômicas da integração dos serviços. Nesse sentido, como se dá a integração da estratégia de saúde da família à rede de assistência à saúde no município de Uberlândia?

A Coordenação entre os níveis assistenciais, a intersetorialidade e a integralidade se colocam como questões essenciais para a consolidação de uma política de saúde focada em um sistema de redes.

Em relação ao conceito de rede podemos, de acordo com Santos (2004), defini-lo a partir de duas dimensões complementares. Uma primeira refere-se a sua forma, a sua materialidade. Nesse aspecto, Santos (2004) assinala que a rede é toda infraestrutura que, permitindo o transporte de matéria, de energia ou de informação, se

inscreve sobre um território que se caracteriza pela topologia dos seus pontos de acesso ou pontos terminais, seus arcos de transmissão, seus nós de bifurcação ou de comunicação.

Por sua vez, a segunda dimensão trata de seu conteúdo, de sua essência. Assim, a rede “é também social e política, pelas pessoas, mensagens, valores que a frequentam. Sem isso, e a despeito da materialidade com que se impõe aos nossos sentidos, a rede é, na verdade, uma mera abstração”. (SANTOS, 2004, p.262).

Nessa perspectiva, Dias (2007, p.147) complementa que a rede apresenta a propriedade de conexidade, isto é, pela conexão de seus nós, ela, simultaneamente, tem a potencialidade de solidarizar ou de excluir, de promover a ordem e a desordem. Além disso, ela destaca que a rede é uma forma particular de organização e, no âmbito dos processos de integração, de desintegração e de exclusão espacial, ela “aparece como instrumento que viabiliza (...) duas estratégias: circular e comunicar”.

As redes são animadas por fluxos. São dinâmicas e ativas, mas não trazem em si mesmas seu princípio dinâmico, que é o movimento social. Este é animado tanto por dinâmicas locais quanto globais, notadamente demandadas pelas grandes organizações (SANTOS, 2004).

Para Tinland (2001, p. 263), as redes estruturam, à sua maneira, o campo de forças das relações de cooperação e de antagonismo que estão presentes na sociedade humana. As redes “são, de fato, instrumentos de poder e de rivalidades para seu controle. Elas são suscetíveis (...) de funcionar como instrumentos de integração e de exclusão, na linha direta dos processos de diferenciação”.

Castells (1999) destaca que as modificações nas tecnologias de informação e comunicação no contexto de reestruturação do capitalismo nas últimas décadas levaram à constituição de uma intrincada rede de relações, não apenas as de natureza política ou social, mas também biológica, econômica e tecnológica.

Offner e Pumain (1996, p.15), ao analisarem as redes técnicas em sua relação com o território, evidenciam que essa relação é ambígua: “ora a rede é “fator de coesão, ela solidariza, ela homogeneiza”, ora ela transgride os territórios, “opondo às malhas institucionais suas lógicas funcionais”. Nesse ponto, a análise da evolução das redes, distinguindo sua infraestrutura, seus serviços e seu comando, permite-nos

superar esta contradição evidenciando que sua participação é essencial para a construção de novas escalas territoriais, ainda que seu papel não seja determinante, mas de acompanhamento, na estruturação dos territórios.

No Brasil, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) reduziu a segmentação na saúde ao unir os serviços de União, estados, municípios e os da assistência médica previdenciária do antigo INAMPS. A consolidação do SUS na Constituição Federal de 1988, além de estabelecer a universalização do acesso, promoveu a descentralização/regionalização e integração com formação de redes assistenciais como diretrizes fundamentais.

Silva (2008) destaca que é importante lembrar que o SUS deve se organizar em redes, conforme determina a Constituição e, portanto, esse tema esteve presente, de forma explícita ou implícita, na agenda da reforma sanitária desde os anos de 1970.

A existência de uma rede integrada, desde a Atenção Primária à Saúde aos prestadores de maior densidade tecnológica, de modo que distintas intervenções do cuidado sejam percebidas e vivenciadas pelo usuário de forma contínua, adequada às suas necessidades de atenção em saúde e compatível com as suas expectativas pessoais garante a coordenação entre níveis assistenciais.

A coordenação é tida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde relacionados à determinada intervenção de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum. Nesse sentido, de acordo com Fidellis (2009), a coordenação assistencial seria um atributo organizacional dos serviços de saúde que se traduz na percepção de continuidade dos cuidados na perspectiva do usuário.

Para Peduzzi (2001), o modo com que organizamos e oferecemos serviços de saúde à população pode transformar as práticas dominantes, fragmentadas e excludentes e conferir maior integralidade, equidade e dignidade ao cuidado de saúde. Essa dialética entre as necessidades e o modo de organização dos serviços confirma o potencial de mudança da estratégia de saúde da família.

Para Mendes (2001), o desempenho satisfatório das ações de saúde tem relações intrínsecas com vários fatores que se articulam entre si e com os demais. Há, portanto, necessidade para construir o novo, tendo como eixo estrutural a



intersetorialidade, de buscar, antes de tudo, a viabilização da (...) articulação de instituições que se comprometem a superar de maneira integrada os problemas sociais (JUNQUEIRA, 2000), formando as redes que são construídas por sujeitos sociais autônomos, com objetivos compartilhados norteados suas ações, respeitando a individualidade e a autonomia de cada membro, demonstrando a importância de as instituições públicas desenvolverem seus saberes e o compartilharem com o grupo de forma integrada, a serviço do interesse coletivo.

Segundo Feuerwerker & Sousa (2000, p.51)

É bem verdade que o processo de trabalho em rede exige, por parte dos atores sociais envolvidos nessa tarefa, o exercício permanente de revisão de valores, atitudes e compromisso, base para a disposição de construir e partilhar conhecimentos e saberes.

A rede de organizações estabelece acordos de cooperação, reciprocidade e alianças que permitem a reflexão e as práticas cotidianas presentes em vários setores sociais articulados com a saúde humana. Para tanto, conforma uma construção coletiva que se define enquanto é realizada, mediante acordos e parcerias entre sujeitos individuais ou coletivos em prol de objetivos comuns (JUNQUEIRA, 2000).

A integralidade, por sua vez, refere-se à garantia de acesso do indivíduo aos diversos níveis de atenção, primário, secundário e terciário. A ideia de que níveis de complexidade estejam relacionados diretamente, com menor ou maior grau de especialização, leva à ideia de a atenção primária à saúde apresentar menor grau de dificuldade ou exigir menor grau de conhecimento ou habilitação. Isso é um erro, pois o nível de complexidade mais básico do sistema está relacionado com a necessidade de conhecimentos mais abrangentes, enquanto os níveis secundário e terciário são mais específicos ou parcelados/especializados, e usam intensivamente procedimentos baseados em aparelhos e exames.

No nível primário, devem ser utilizadas intervenções com enfoque preventivo, comunitário e coletivo, destinadas a atender aos problemas mais comuns da população. Por envolverem determinação múltipla, necessitam de um conhecimento muito diversificado dos profissionais, pois, nesse nível, trabalha-se segundo a lógica da multicausalidade.

Ainda segundo o conceito de integralidade, as pessoas devem ser encaradas como sujeitos. A atenção deve ser totalizadora e levar em conta as dimensões biológica, psicológica e social. Este modo de entender e abordar o indivíduo baseia-se na teoria holística, integral, segundo a qual o homem é um ser indivisível e não pode ser explicado pelos seus componentes, físico, psicológico ou social, considerados separadamente (CAMPOS, 2009).

A garantia do princípio da integralidade, em suma, implica dotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, ao processo de cuidar, ao relacionamento do profissional de saúde com os pacientes. Indivíduos e coletividades devem dispor de um atendimento organizado, diversificado e humano. Esse princípio, portanto, não exclui nenhuma das possibilidades de se promover, prevenir, restaurar a saúde e reabilitar os indivíduos, princípio defendido pela ESF.

Para se alcançar a integralidade no sistema de saúde faz-se necessário que os gestores municipais, estaduais e federais passem a dar prioridade a este princípio. Cabe-nos perguntar se, na prática cotidiana da gestão e da operação do sistema de saúde, seus pressupostos têm sido respeitados. Existem diversos mecanismos os quais o gestor pode lançar mão para que este princípio seja cumprido.

Nesse sentido, Giovanella (2000) buscou sistematizar e apresentar uma metodologia inovadora para avaliar se os sistemas municipais de saúde são mais, ou menos, integrais. Como ponto inicial, esta forma de organizar o sistema depende da vontade política, ao se definirem prioridades, e também de mudanças organizacionais e da forma de gestão do sistema de atenção. Em suma, os sistemas integrais de saúde deveriam atender a algumas premissas básicas, quais sejam: a primazia das ações de promoção e prevenção; a garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; a articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação; a abordagem integral do indivíduo e famílias.

O objetivo de garantir serviços de saúde integrais surge com a expansão das políticas sociais e dos sistemas de saúde na primeira metade do século XX. No âmbito das democracias ocidentais, a criação do National Health Service (NHS), no Reino Unido, é o exemplo mais expressivo desse ideal regulatório nas políticas de saúde.

Em 1946, o NHS estabeleceu o princípio da responsabilidade coletiva por serviços completos (comprehensive health services), que deveriam ser disponíveis e gratuitos para toda a população. Alguns anos mais tarde, em meados da década de 1960, esse objetivo reapareceu nas reformas setoriais, de forma mais contundente naquela realizada nos serviços sociais e de saúde da província do Québec, em 1971, reforma Castonguay-Nepveu, na qual o acesso universal e a integralidade, “la globalité des soins”, apareciam como centrais.

No Brasil, a integralidade fez parte das propostas de reforma desde o início da década de 1980, surgiu em programas abrangentes para grupos específicos (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM –, Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança – PAISC), sendo finalmente assumida como diretriz para a organização do SUS. Para Conill (2004), diretriz política, ideal ou objetivo, a integralidade torna-se um atributo relevante a ser levado em conta na avaliação da qualidade do cuidado, dos serviços e dos sistemas de saúde, em geral, naqueles direcionados para uma política de cuidados primários.

Em face do problema da fragmentação dos modelos assistenciais, a integração dos serviços de saúde aparece como atributo inerente às reformas das políticas públicas fundamentadas na Atenção Primária da Saúde (APS). Teoricamente, integração significa coordenação e cooperação entre provedores dos serviços assistenciais para a criação de um autêntico sistema de saúde, mas, na prática, isso ainda não se realizou e poucas são as iniciativas para o monitoramento e avaliação sistemática de seus efeitos. No Brasil, a integralidade da atenção é um dos seus pilares de construção, baseada na primazia das ações de promoção, garantia de atenção nos três níveis de complexidade, articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação, abordagem integral dos indivíduos e das famílias.

O conceito de integralidade está relacionado ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. Torna-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão

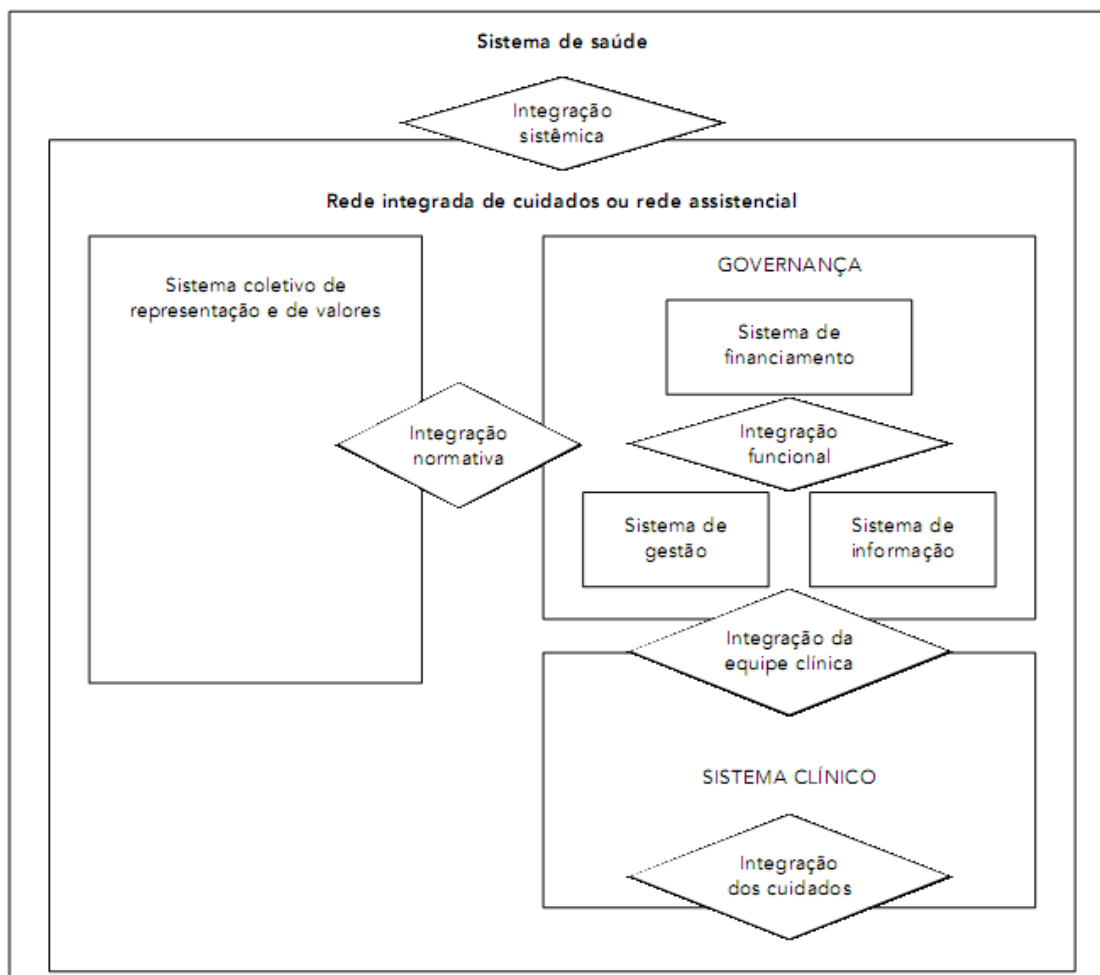
eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional, conforme demonstrado na figura 1.

No Brasil, algumas iniciativas têm sido implantadas nos anos recentes na direção de construção de um modelo de atenção à saúde pautado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Desse conjunto de iniciativas, merece destaque o recente esforço de expansão da assistência em saúde, por meio, sobretudo, do fortalecimento da Atenção Básica. Sob forte indução da esfera federal, os municípios brasileiros ampliaram a oferta dos serviços de saúde nesse nível de atenção. Proposta defendida pelos ideais da Reforma Sanitária brasileira, o investimento na Atenção Básica traz em seu bojo a perspectiva de mudança no modelo assistencial, historicamente caracterizado pela excessiva fragmentação e especialização das práticas em saúde e pelo predomínio da assistência curativa e de âmbito hospitalar, com ênfase nos procedimentos de alto custo.

A Estratégia Saúde da Família aparece, nesse contexto, como mecanismo prioritário para reorientação dos sistemas locais de saúde, de forma não apenas a expandir a cobertura dos serviços básicos de saúde, mas também garantir a continuidade da atenção pela integração entre os diferentes níveis de atenção do sistema de saúde.

No entanto, Conill (2004) nos chama atenção para o fato de que as diversas experiências municipais revelam que, se houve uma efetiva expansão da rede assistencial de atenção básica sob gestão municipal (o que de fato ocorreu), a integração entre os serviços e o acesso dos usuários do sistema aos demais níveis da assistência em saúde (média e alta complexidade) permanecem como grandes desafios do SUS. Tal dificuldade fere frontalmente não só a noção de direito à saúde – uma vez que tende a restringir a oferta dos serviços aos mais pobres apenas ao âmbito da atenção básica – como também os princípios da integralidade e equidade.

Figura 1 - Principais dimensões de um sistema integrado de saúde



Fonte: Hartz ZMA, Contandriopoulos AP, 2004.

Nessa direção, o estudo em construção tem como um dos seus objetivos analisar as dificuldades enfrentadas pelo município de Uberlândia para a construção de uma rede integrada de serviços de saúde, a partir da constituição da Estratégia Saúde da Família como uma das portas de entrada do sistema municipal de saúde.

### 2.3. Procedimentos metodológicos

Os procedimentos metodológicos para a construção dessa tese constituíram-se das seguintes etapas: 1) Delimitação do recorte espacial; 2) Definição da temática da

pesquisa; 3) Definição dos sujeitos participantes da pesquisa; 4) Instrumentos a serem utilizados; 5) Sistematização e análise dos dados.

Todas as etapas dessa pesquisa foram organizadas a partir do planejamento do percurso a ser utilizado para se atingir os objetivos propostos para a construção da tese. Os procedimentos empregados neste trabalho foram de fundamental importância em cada etapa. Os passos seguidos nesta tese encontram-se sintetizados no Organograma 2.

Para Minayo (2010), o conhecimento científico se produz pela busca da articulação entre a teoria e a realidade empírica. O método tem uma função importante de tornar aceitável a abordagem da realidade a partir das perguntas feitas pelo investigador. No campo da Geografia da Saúde, os métodos mais usados para estudos das questões relacionadas às políticas de saúde são os quantitativos e qualitativos.

Ainda para Minayo (2010 p.54),

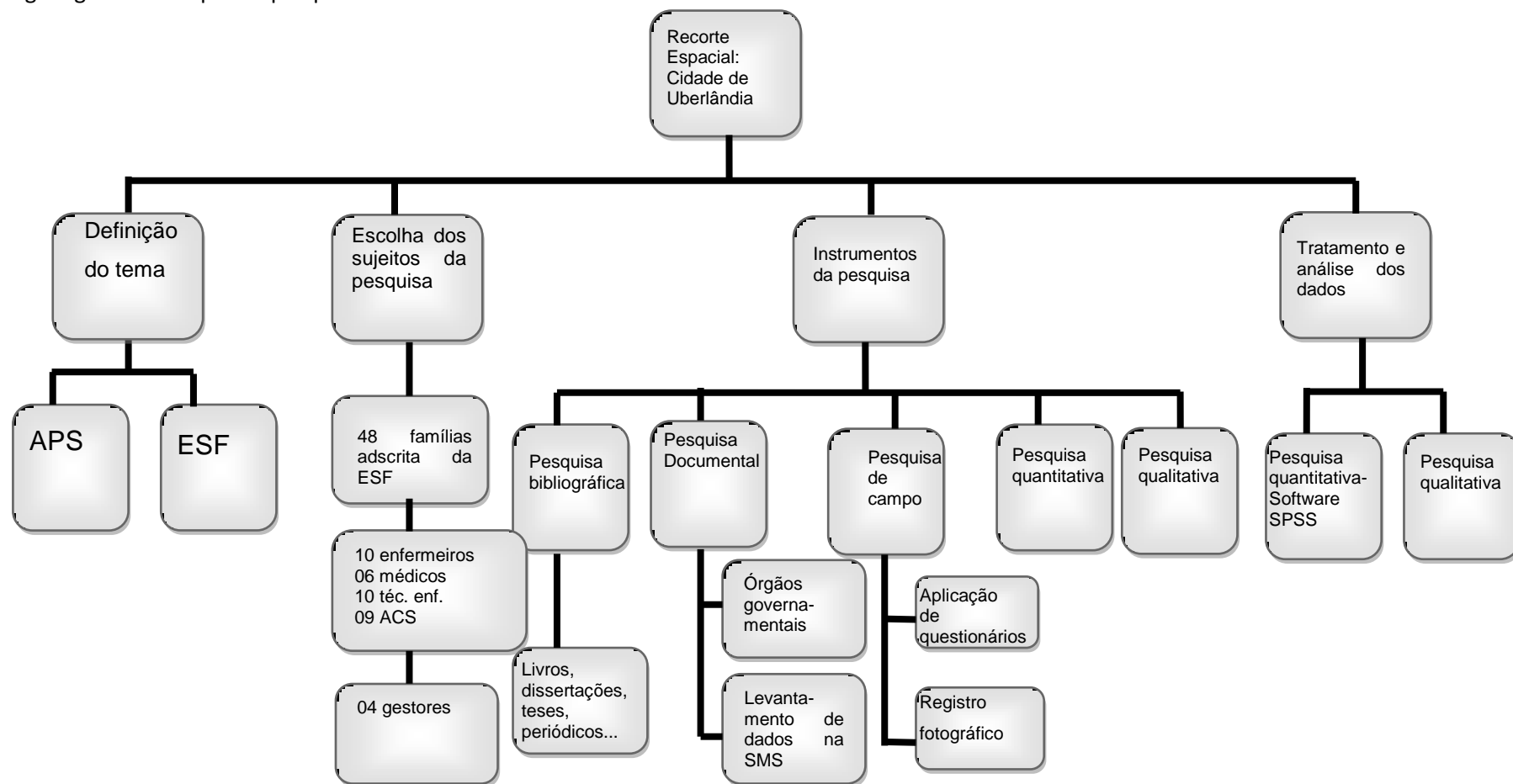
Ao desenvolver uma proposta de investigação e no desenrolar das etapas de uma pesquisa, o investigador trabalha com o reconhecimento, a conveniência e a utilidade dos métodos disponíveis, em face do tipo de informações necessárias para se cumprirem os objetivos do trabalho.

As abordagens qualitativa e quantitativa estiveram presentes para a realização da pesquisa, pois qualidade e quantidade coexistem nos fatos sociais como unidade de contrários, superáveis e aperfeiçoáveis ao mesmo tempo.

Para Deslandes (1994), a diferença entre o qualitativo-quantitativo é de natureza. Enquanto os cientistas sociais que trabalham com estatística aprendem dos fenômenos apenas a região “visível, ecológica, morfológica e concreta”, a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas.

Ainda para Deslandes (1994, p.22), “o conjunto de dados quantitativos e qualitativos, porém, não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia.”

Organograma 2: Etapas da pesquisa.



Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

Assim, enfoques quantitativos e qualitativos podem ser desenvolvidos juntos, uma vez que compõem uma mesma realidade a ser esmiuçada. Propõe-se, pois, que elementos quantitativos e qualitativos permeiem as ações de avaliação da atenção primária a saúde. Nesse sentido, haverá momentos em que o dado quantitativo poderá ser mais priorizado, principalmente quando se pretende descrever ou diagnosticar perfis e cenários. Noutros, quando se pretender desconstruir/reconstruir causas e desvelar superficialidades, será a dimensão subjetiva que se procurará analisar mais, numa tentativa de desvelar aspectos subjacentes ao dado objetivamente colhido. Significa dizer que os instrumentos, indicadores, meios e técnicas de avaliação empregados, sempre a serviço da realidade que se pretende refletir, estarão em constante reconstrução e adequação para melhor apreensão de informações que subsidiem a análise.

Para Minayo (2010),

a contribuição da abordagem qualitativa para a compreensão do social pode ser colocada como teoria e método. Enquanto teoria, ela permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, grupos particulares e expectativas sociais em alto grau de complexidade... Enquanto método caracterizado pela empírea e pela sistematização, a abordagem qualitativa propicia a construção de instrumentos fundamentados na percepção dos atores sociais, tornando-se, assim, válida como fonte para estabelecimento de indicadores, índices, variáveis, tipológicas e hipóteses. Além disso, ela permite interpretações mais plausíveis dos dados quantitativos, auxiliando na eliminação do arbitrário que escorrega pela operacionalização dos modelos teóricos elaborados longe das situações empiricamente observáveis. (MINAYO, 2010, p.30-1).

A relação desejada entre o quantitativo com o qualitativo pode ser considerada complementar. Ou seja, enquanto o quantitativo se ocupa de ordens de grandezas e as suas relações, o qualitativo é um quadro de interpretações para medidas ou a compreensão para o não-quantificável.

De acordo com Ortí (1994), a relação entre métodos quantitativos e qualitativos pode ser considerada uma "relação de complementaridade por deficiência, que se centra precisamente através da demarcação, exploração e análise do território que fica mais além dos limites, possibilidades e características do enfoque oposto." p.89

Ainda sobre as diferentes abordagens para a realização da pesquisa Minayo (2010), considera que as relações entre abordagens qualitativas e quantitativas



demonstram que as duas metodologias não são incompatíveis e podem ser integradas num mesmo projeto e que uma pesquisa quantitativa pode conduzir o investigador à escolha de um problema particular a ser analisado em toda sua complexidade, por meio de métodos e técnicas qualitativas e vice-versa. Além disso, a investigação qualitativa é a que melhor se coaduna ao reconhecimento de situações particulares, grupos específicos e universos simbólicos.

Do ponto de vista epistemológico, depreende-se que todo conhecimento do social (quantitativo ou qualitativo) só é possível por recorte, redução e aproximação, toda redução e aproximação não podem perder de vista que o social é qualitativo e que o quantitativo é uma das suas formas de expressão. Em lugar de se oporem, as abordagens quantitativas e qualitativas têm uma relação tanto nas teorias como nos métodos de análise e interpretação.

A autora menciona ainda que os trabalhos em saúde, em sua maioria, se enquadram nas ciências sociais e, assim sendo, tais estudos não deveriam se reduzir à produção de dados e indicadores externos aos sujeitos que conferem significado às ações de saúde, afirmando também que é importante considerar que "dados aglomerados e generalizados nem sempre correspondem à realidade social que pretendem explicar e à qual propõe adequar" para a avaliação em saúde. (MINAYO, 2010, p.32)

Apesar de se reconhecer que existem inúmeras definições de avaliação, seus contornos no campo da saúde se delimitam no âmbito das políticas e programas sociais, consistindo fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação (HARTZ, FELISBERTO, SILVA, 2008). Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas - avaliação normativa - ou ser elaborado a partir de um procedimento científico - pesquisa avaliativa (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi definida como estratégia para reorganização do modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006). A avaliação de uma estratégia dessa magnitude é uma tarefa que exige muito esforço, por isso, decidimos avaliar o processo de integração e as políticas intersetoriais adotadas pela ESF em Uberlândia a partir da visão de diferentes atores: gestores, gerentes, profissionais das equipes de saúde da família e famílias usuárias.

Nesse sentido, Contandriopoulos (2002, p. 31) define que “avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes com o objetivo de ajudar na tomada de decisão”.

A avaliação como componente da gestão em saúde tem hoje um reconhecimento que se traduz na existência de múltiplas iniciativas voltadas para sua implementação nas diversas dimensões do Sistema Único de Saúde. Tendo como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população.

Para Vieira Da Silva (2005), a avaliação de políticas, programas e projetos pode recortar todos os níveis do sistema de saúde. E, embora a avaliação de políticas frequentemente envolva a avaliação de programas, a distinção entre essas duas dimensões das práticas pode ser necessária para fins analíticos.

A institucionalização da avaliação constitui-se em um dos desafios mais importantes para os sistemas de saúde na atualidade. De acordo com Hartz (2002: 419), “(...)institucionalizar a avaliação deve ter o sentido de integrá-la em um sistema organizacional no qual esta seja capaz de influenciar o seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a ação ligando necessariamente as atividades analíticas às de gestão das intervenções programáticas”.

De acordo com Medina e Aquino (2002), a avaliação requer o enfrentamento de aspectos (i) técnicos - definição de critérios, indicadores e instrumentos, (ii) culturais-organizacionais - referentes ao modus operandi de como as instituições desenvolvem

suas práticas de avaliação e (iii) políticos - relacionados às relações de poder que se estabelecem entre as esferas de gestão e os diferentes atores envolvidos nas práticas de saúde.

A avaliação em saúde no Brasil apresenta-se em um contexto em que os processos ainda são incipientes, pouco incorporados às práticas, e possuem caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão. Além disso, os instrumentos existentes ainda não se constituem ferramentas de suporte ao processo decisório nem de formação das pessoas nele envolvidas.

Nesse sentido, o gestor federal tem o papel fundamental de ser indutor da institucionalização da avaliação nas três esferas de governo, reforçando-se o seu caráter formativo, pedagógico e orientador das práticas. O Ministério da Saúde vem tentando alinhar-se, internacionalmente, ao movimento pela institucionalização da avaliação que vem sendo implementado em diversos países, tais como Estados Unidos, Inglaterra, Canadá e França, sendo que, na atenção básica, desde de 2011, o PMAQ – AB é o instrumento mais conhecido do processo de avaliação da atenção básica no Brasil, como já mencionado no capítulo um.

A partir da década de 2000, alguns estudos têm focado na questão da avaliação em saúde, entre eles Giovanela et al (2009); Hartz et al (2008); Ministério da Saúde (2005; 2011); Tanaka e Drumond Júnior (2010); Tanaka(2011) que realizaram estudos tendo como foco avaliar a atenção primária em saúde desde o processo de construção da rede de atenção à saúde, da estratégia de saúde da família e do Programa de Avaliação Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ - AB).

Tanaka (2011) menciona que é mais viável e vantajoso iniciar a avaliação da Atenção Básica à Saúde utilizando uma abordagem quantitativa, na medida em que há dados suficientes e disponíveis no sistema Datasus, que desde a origem tem focado no processo de atenção, retratado pela produção de procedimentos e pela relação entre as distintas atividades realizada pelos serviços de saúde. Assim, a proposta atual se inicia pela análise da quantidade de atividades, ações ou procedimentos que são realizados como processo de trabalho pelos serviços de ABS junto à população adstrita. Essa apreciação quantitativa inicial possibilitará uma interlocução mais transparente e objetiva com todos os interessados na avaliação.

Nesse sentido, os dados disponíveis na base de dados do Sistema de Informação ambulatorial (SIA) e no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) são importantes fontes de informação se quisermos, por exemplo, avaliar o incremento da oferta tipo consulta básica por habitante, visando identificar a acessibilidade ou a cobertura do serviço junto à população adstrita ou sob responsabilidade sanitária; a relação consulta básica/consulta de urgência, que pode apontar o tipo de utilização que é feita pelo usuário, retratando, de certo modo, a característica da oferta do serviço e a relação entre a consulta médica/procedimentos da atenção básica, permitindo a identificação da oferta de serviços e objetivando uma expansão do processo saúde doença nesse nível de atenção, entre outros.

Nossa pesquisa utilizou como metodologia básica o estudo de caso realizado por Giovanela et al (2009), no qual as autoras tiveram como objetivo analisar o modelo assistencial da atenção básica em saúde em quatro grandes centros urbanos: Belo Horizonte, Florianópolis, Vitória e Aracaju. Adaptamos a metodologia para a realidade uberlandense, tendo, inclusive, contado a responsável pela pesquisa, obtendo a autorização e incentivo da mesma para a realização de nossa pesquisa. Devido a restrições de tempo para coleta dos dados e tabulação dos mesmos a nossa pesquisa não abordou todos os temas tratados pela pesquisadora.

A pesquisa comandada por Giovanela et al (2009) foi realizada pelo NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ e financiada pelo DAB/SAS/MS, tendo como objetivo analisar a implementação da ESF, com foco na integração à rede assistencial e à atuação intersetorial em quatro grandes centros urbanos para discutir as potencialidades da Saúde da Família como estratégia de atenção primária abrangente.

A pesquisa referida abrangia aspectos relacionados à vulnerabilidade das famílias adscritas a ESF, processo de implementação e consolidação da ESF nos quatro grandes centros urbanos, gestão do trabalho na saúde da família, posição da ESF na rede assistencial, integração da ESF à rede de serviços, coordenação dos cuidados e intersetorialidade.

Para realização dessa pesquisa foram adotados os seguintes procedimentos metodológicos: levantamento de dados secundários sobre estratégia de saúde da família, atenção básica/primária à saúde em diversos bancos de dados de diferentes

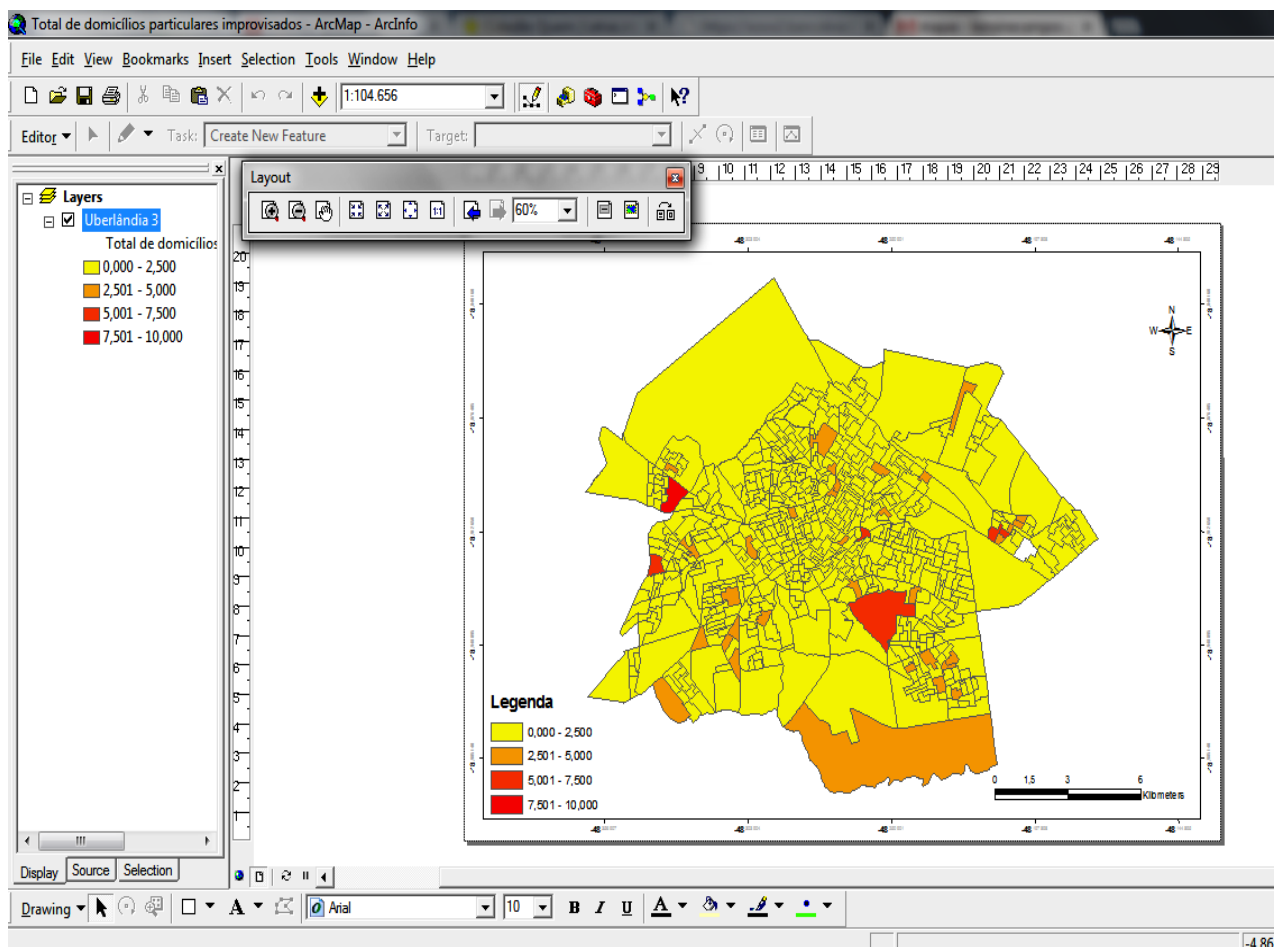
instituições, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), Sala de Situação em Saúde (Ministério da Saúde), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Atlas de Desenvolvimento Humano, Atlas de Exclusão Social no Brasil, Diretoria de Informação e Comunicação em Saúde (DICS) e Processamento de Dados de Uberlândia (PRODAUB), visando à caracterização da atenção primária e da estratégia de saúde da família no Brasil e no município de Uberlândia. Também abordamos questões ligadas aos aspectos demográficos, socioeconômicos e a caracterização do sistema municipal de saúde de Uberlândia. O levantamento da bibliografia existente sobre o tema foi realizado nos acervos da Biblioteca da Universidade Federal de Uberlândia, da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), do Ministério da Saúde e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), entre outras fontes de informação por meio digital e impresso.

Antes do início do trabalho de campo da pesquisa para aplicação dos questionários e realização de entrevistas, foram efetuados levantamentos de informações em diversos bancos de dados de diferentes instituições (IBGE, Datasus, SIAB, Atlas de Desenvolvimento Humano, Atlas de Exclusão Social no Brasil), visando à caracterização do município de Uberlândia em relação aos aspectos demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos e do sistema municipal de saúde.

Para produção dos mapas dos indicadores sociais e dos indicadores habitacionais utilizamos os dados do Censo Demográfico 2010 (IBGE, CENSO 2010), que divulga tais dados via setor censitário que é a menor unidade territorial, “formada por área contínua, integralmente contida em área urbana ou rural, com dimensão adequada à operação de pesquisas e cujo conjunto esgota a totalidade do Território Nacional, o que permite assegurar a plena cobertura do País”.

Após separar os dados sobre os indicadores socioeconômicos e habitacionais referentes aos setores censitários da Cidade de Uberlândia no censo de 2010, foram criadas tabelas em extensão DBF utilizando o software Microsoft Office Excel, versão 2003, para, posteriormente, serem exportadas para o software ArcGis, onde foi realizado o georreferenciamento dos dados e a sua espacialização (Figura 2).

Figura 2 - Argis: ambiente de trabalho, 2012



Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

Para análise estatística dos questionários foi utilizado o software SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*, produzido pela IBM. Esse teve a sua primeira versão em 1968 e é um dos programas de análise estatística mais usado nas ciências humanas e sociais permitindo fazer testes estatísticos, tais como os testes da correlação, multicolinearidade e de hipóteses; pode também providenciar ao pesquisador contagens de freqüência, ordenar dados, reorganizar a informação e serve também como um mecanismo de entrada dos dados, com rótulos para pequenas entradas (IBM, 2012) (Figura 3).

Figura 3 - SPSS: ambiente de trabalho, 2012.

The figure consists of two screenshots of the SPSS Data Editor interface. The top screenshot shows the 'Data View' tab for a dataset named 'Auxiliares-Técnicos em Enfermagem.sav'. The bottom screenshot shows the 'Variable View' tab for a dataset named 'Médicos e Enfermeiros.sav'.

**Top Screenshot: Data View (Auxiliares-Técnicos em Enfermagem.sav)**

	COD	A1	A2	A3	A4	A42	A5a	A5b	A6	B1	B2	B3	B4	B5a	B5b	B5c	B5d
1	11	Feminino	33	Ensino mé	Não	6	99	6	Não teve e	De 2 a 5 an	Em mais d	Não	99	1	.	.	.
2	41	Feminino	41	Ensino fun	Sim	.	20	3	Não teve e	De 2 a 5 an	Em mais d	Não	99	1	.	.	.
3	22	Feminino	47	Ensino mé	Não	15	12	.	Não teve e	Até 6 mese	Sempre ne	Não	Outro.	.	1	.	.
4	21	Feminino	46	Ensino sup	Sim	.	99	7	Sim, neste	Mais de 5	Não respon	Sim.	Nível de ge	.	1	.	.
5	63	Feminino	43	Ensino mé	Sim	.	26	22	Não teve e	Mais de 5	Sempre ne	Sim.	Posto/Cent	.	.	.	.
6	31	Feminino	48	Ensino mé	Não	10	30	.	Não teve e	Mais de 5	Em mais d	Não	99	.	.	1	.
7	62	Feminino	41	Ensino mé	Não	2	2	2	Não teve e	Mais de 5	Sempre ne	Não	99	1	.	1	.
8	51	Feminino	40	Ensino mé	Não	1	.	.	Não teve e	De 2 a 5 an	Sempre ne	Não	99	.	1	.	.
9	61	Masculino	55	Ensino fun	Não	.	22	.	Não teve e	De 7 mese	Sempre ne	Sim.	Posto/Cent	.	1	.	.
10	42	Feminino	45	Ensino sup	Não	10	12	12	Não teve e	Mais de 5	Em mais d	Sim.	Posto/Cent	.	1	.	.

**Bottom Screenshot: Variable View (Médicos e Enfermeiros.sav)**

	Name	Type	Width	Decimals	Label	Values	Missing	Columns	Align	Measure
1	COD	Numeric	8	0	Código do Que	None	None	8	Right	Scale
2	A1	Numeric	8	0	Sexo	{1, Feminino}.	None	8	Right	Scale
3	A2	Numeric	8	0	Idade	None	None	8	Right	Scale
4	A3	Numeric	8	0	Função que de	{1, Médico}.	None	8	Right	Scale
5	A4	Numeric	8	0	Nível de Instru	{1, Ensino Sup	None	8	Right	Scale
6	A5	Numeric	8	0	Realizou Curs	{1, Sim}.	None	8	Right	Scale
7	A6	Numeric	8	0	Possui título d	{1, Sim}.	None	8	Right	Scale
8	A7a	Numeric	8	0	Sim, neste me	None	None	8	Right	Scale
9	A7b	Numeric	8	0	Sim, em outro	None	None	8	Right	Scale
10	A7c	Numeric	8	0	Sim, em outro	None	None	8	Right	Scale
11	A7d	Numeric	8	0	Não teve exper	None	None	8	Right	Scale
12	B1	Numeric	8	0	Tempo de atua	{1, Até 6 mese	None	8	Right	Scale
13	B2	Numeric	8	0	Você vem atua	{1, Sempre ne	None	8	Right	Scale
14	B3a	Numeric	8	0	Por que escolh	{1, Porque é u	None	8	Right	Scale
15	B3b	Numeric	8	0	Por que escolh	{1, por se senti	None	8	Right	Scale
16	B3c	Numeric	8	0	Por que escolh	{1, Porque a S	None	8	Right	Scale
17	B3d	Numeric	8	0	Por que escolh	{1, Por consid	None	8	Right	Scale
18	B3e	Numeric	8	0	Por que escolh	{1, Por estar d	None	8	Right	Scale
19	B3f	Numeric	8	0	Por que escolh	{1, Por compar	None	8	Right	Scale
20	B3g	Numeric	8	0	Por que escolh	{1, Por compar	None	8	Right	Scale
21	B3h	Numeric	8	0	Por que escolh	{1, Outro}.	None	8	Right	Scale
22	B4	Numeric	8	0	Você já trabalh	{1, sim}.	None	8	Right	Scale
23	B5	Numeric	8	0	Onde?	{1, Unidade Bá	None	8	Right	Scale
24	B6	Numeric	8	0	PULOU	None	None	8	Right	Scale
25	B6a	Numeric	8	0	Para seu ingre	{1, Entrevista}	None	8	Right	Scale
26	B6b	Numeric	8	0	Para seu ingre	{1, Análise de	None	8	Right	Scale
27	B6c	Numeric	8	0	Para seu ingre	{1, Prova escrit	None	8	Right	Scale
28	B6d	Numeric	8	0	Para seu ingre	{1, Prova prácic	None	8	Right	Scale
29	B6e	Numeric	8	0	Para seu ingre	{1, Outro}.	None	8	Right	Scale
30	B6f	Numeric	8	0	Para seu ingre	{1, Não se apli	None	8	Right	Scale
31	B7	Numeric	8	0	Com quem é e	{1, Secretaria	None	8	Right	Scale
32	B8	Numeric	8	0	Qual a sua for	{1, Estatutário)	None	8	Right	Scale
33	B9	Numeric	8	0	Qual é a sua c	{1, 20 hs sema	None	8	Right	Scale

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

### 2.3.1. Os questionários e as entrevistas estruturadas como instrumentos de pesquisa

A pesquisa foi sendo realizada considerando as perspectivas dos principais atores envolvidos, entre estes estão: 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 semiestruturados, realizadas com gestores e gerentes municipais, questionários autopreenchidos pelos profissionais das ESF e entrevistas aplicadas a uma amostra de famílias cadastradas.

No âmbito do **sistema municipal de saúde**, a investigação da integração/coordenação foi realizada por meio de entrevistas com gestores, gerentes e análise documental, que buscou responder as seguintes questões: Como está organizado o sistema municipal de saúde e qual o papel da Estratégia Saúde da Família neste sistema? As UAPSF são definidas como serviço de primeiro contato? Como a Estratégia de 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? (ANEXO I)

Com a **população usuária**, por meio de entrevistas estruturadas aplicadas à amostra de famílias usuárias, foram investigados: as experiências de uso da Saúde da Família e de encaminhamentos, a UAPSF como serviço de procura regular, as modalidades de agendamento/acesso, as trajetórias de atenção, o acesso aos serviços especializados e os exames e medicamentos (ANEXO II).

No âmbito das **equipes de Saúde da Família**, mediante questionários autopreenchidos por amostra de profissionais, investigou-se a articulação no 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. (ANEXOS III – A, B, C)

A partir da revisão de literatura foram definidas as seguintes dimensões para a análise do modelo assistencial implementado a partir da Saúde da Família no que



concerne à integração do sistema municipal de saúde: i) posição da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial, ii) mecanismos de integração da rede assistencial; iii) disponibilidade e IV) uso de informações sobre a atenção prestada. Os instrumentos de coleta de informações da pesquisa incorporaram as variáveis selecionadas para cada dimensão.

### **2.3.2 – Os roteiros semiestruturados para entrevistas com o gestor e gerentes Municipal**

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 primária à saúde e responsáveis por departamentos relativos aos diversos níveis assistenciais, mecanismos de integração e atuação intersetorial.

As entrevistas realizadas com a Diretora de Planejamento e Informação em Saúde, com a Coordenadora do Setor Sanitário Sul, com a Coordenadora da Atenção Primária em Saúde, no período de 2004 a 2010, e a Coordenadora da Regulação, Avaliação e Auditoria do SUS e com o Diretor de Gestão de Pessoas da Secretaria Municipal de Saúde foram orientadas por roteiro semiestruturado em torno de seis tópicos:

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

- 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 Equipes de Saúde da Família e modalidades de capacitação para as equipes;

- Fatores limitantes e facilitadores para implementação e desempenho adequado da Estratégia de Saúde da Família – perspectivas de expansão da ESF, avaliação sobre dificuldades para efetivação da estratégia, aspectos positivos da implantação.

No quadro 4 apresentamos os gestores que foram entrevistados no decorrer da nossa pesquisa.

**Quadro 4 - Uberlândia: número de gestores e gerentes entrevistados, 2012.**

<b>Gerentes e gestores</b>	<b>Número de entrevistados</b>
Coordenadora do Setor Sanitário Sul	01
Diretora da Gerência de Informação e Planejamento em Saúde	01
Coordenador do Núcleo de Gestão de Pessoas da SMS	01
Coordenadora da Atenção Primária à Saúde no período 2004 a 2010 e atual Coordenadora da Regulação, Avaliação e Auditoria do SUS	01

Org: Maria José Rodrigues, 2012.

### **2.3.3. Desenho da amostra de profissionais de saúde e famílias usuárias**

O plano de amostragem foi adaptado de Giovanella et al (2009), sendo do tipo conglomerado em três estágios de seleção, a saber: equipe de saúde da família, 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 no distrito sede do município de Uberlândia, ou seja, a cidade de Uberlândia, em janeiro de 2010, bem como pelas famílias atendidas por essas equipes. Assim, foram excluídas da população de pesquisa (e, portanto, da amostra) as equipes de saúde da família com implantação posterior a janeiro de 2010 e 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 da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia e contém dados sobre os profissionais de todas as equipes de saúde da família. 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 43 estabelecimentos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com 42 equipes existentes na data de referência em Uberlândia, conforme quadro 5.

Em termos estatísticos, o desenho da amostra da pesquisa levou em consideração o número de famílias residentes no município de Uberlândia divulgado pelo Censo Demográfico (IBGE, 2010) e a população de interesse cadastrada na Estratégia de Saúde da Família da Cidade de Uberlândia em janeiro de 2010.

Para cálculo do efeito da amostra foi usada a metodologia proposta por Giovanella et al (2009). Considerando esta proposta, optou-se por usar um efeito de desenho que conduziu a uma amostra de 50 famílias para estimar proporções maiores ou iguais a 0,1 com erro máximo de 3%. Este tamanho da amostra foi aplicada ao município de Uberlândia.

**Quadro 5 - Uberlândia: situação da Estratégia de Saúde da Família, janeiro de 2010**

<b>Estabelecimentos, equipes, profissionais e famílias.</b>	<b>Total</b>
Estabelecimentos de saúde da família	43
Equipes de Saúde da Família	42
Médicos	46
Enfermeiros	45
Auxiliares de enfermagem	55
Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	232
Famílias cadastradas na Saúde da Família	53.692
Média de famílias por ACS	175

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, 2011.

ORG: Maria José Rodrigues, 2012

Em cada uma das 10 equipes selecionadas seriam entrevistados um médico de saúde da família, um enfermeiro, um auxiliar/técnico de enfermagem e um agente comunitário de saúde e cinco famílias da microárea do agente comunitário da saúde sorteado. Assim, foi definida uma amostra de 50 famílias cadastradas e amostras de 10 médicos, 10 enfermeiros, 10 auxiliares/técnico em enfermagem e 10 agentes comunitários de saúde (QUADRO 6).

**Quadro 6 - Uberlândia: número de profissional a serem entrevistados e entrevistados na ESF, 2012.**

<b>Profissionais e famílias</b>	<b>Número a serem entrevistados</b>	<b>Número de entrevistados</b>
Médicos	10	6
Enfermeiros	10	10
Auxiliares/técnicos de enfermagem	10	10
Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	10	09
Famílias cadastradas na Saúde da Família	50	48
<b>Total de entrevistados</b>	<b>90</b>	<b>83</b>

Org: Maria José Rodrigues. 2011

### **2.3.4 - Seleção das amostras de profissionais de saúde e famílias usuárias**

A seleção da amostra de profissionais de saúde foi feita aleatoriamente, a partir dos registros administrativos com os dados dos profissionais de saúde cadastrados na Secretaria Municipal de Saúde. Para cada Equipe de Saúde da Família sorteada, obedecemos a proporcionalidade do número de equipes em cada um dos seis núcleos de saúde da família existentes na cidade de Uberlândia (distrito sede) em janeiro de 2010, sendo indicado o médico e o enfermeiro de cada equipe e escolhido, aleatoriamente, um auxiliar/técnico de enfermagem e um Agente Comunitário de Saúde por existir mais de um em cada equipe. 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 pela pesquisadora e recolhidos em data posterior.

Com relação às famílias, foram consideradas apenas aquelas cadastradas na Estratégia de Saúde da Família. O critério de inclusão para famílias foi o de moradores de áreas cobertas pelas equipes, indicando-se o chefe do domicílio ou seu cônjuge como o informante-chave. Não houve 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 do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB).

As famílias a serem entrevistadas foram localizadas mediante listagem em papel contendo nome do responsável pelo domicílio, endereço e telefone. As informações coletadas nas entrevistas foram sobre a família residente no domicílio, sendo que a entrevista deveria ser respondida pelo chefe do domicílio ou seu cônjuge. As famílias foram entrevistadas em seus domicílios, pela autora da pesquisa e/ou por um dos três pesquisadores de campo, devidamente treinados.

### **2.3.5 - Questionários de autopreenchimento para os integrantes das Equipes de Saúde da Família**

Foram aplicados três instrumentos de pesquisa específicos para os profissionais: um para profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) – ANEXO I, outro para auxiliares de enfermagem (ANEXO II) e o último para agentes comunitários de saúde (ANEXO III), sendo estes estruturados acerca de cinco tópicos:

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

A aplicação de questionários autopreenchidos para os integrantes das equipes de Saúde da Família teve lugar nos meses de abril e maio de 2012. Os questionários foram entregues aos profissionais das ESFs nas unidades de saúde em que estes estão lotados, tendo sido recolhidos após o período agendado pela pesquisadora. 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.

Não houve substituição de profissionais da amostra pelo fato de que sorteamos a equipe. Quando aconteceu a constatação de profissionais que deixaram o cargo, e não havendo outro na equipe, estes não foram substituídos pelo novo profissional contratado pela equipe. Em casos de equipes incompletas, no caso de médicos, estes não foram substituídos. Ocorreram, ao todo, cinco perdas dentre os diversos profissionais das ESFs, por diversos motivos, quais sejam: não existência do profissional na ESF, isto é, saíram e não foram substituídos, (um agente comunitário de saúde e um médico), recusa em participar da pesquisa (três médicos). A ausência de profissional na ESF foi de um ACS e uma médica, que estava sendo deslocada para outra equipe de saúde da família. As recusas foram exclusivamente de médicos, três,

mediante alegações de excesso de trabalho, críticas à extensão do questionário ou temor de exposição.

Em Uberlândia foram aplicados questionários a um total de 35 profissionais das ESFs, dos quais seis médicos, 10 enfermeiros, 10 auxiliares/técnicos de enfermagem e nove agentes comunitários de saúde (ACS). As equipes estavam distribuídas nos seis núcleos de saúde da família da área urbana de Uberlândia, ficando a composição das equipes sorteadas para a pesquisa diretamente distribuída da seguinte maneira: Núcleos Luizote, Pampulha e Roosevelt: uma equipe, cada; Núcleos Planalto e Morumbi: duas equipes, cada; e Núcleo São Jorge: três equipes sorteadas.

### **2.3.6 - Entrevistas aplicadas às famílias usuárias da Estratégia de Saúde da Família na Cidade de Uberlândia**

A amostra selecionada de famílias cadastradas foi aplicada nos domicílios seguindo um roteiro estruturado. O informante familiar foi o chefe da família ou cônjuge, de modo a garantir informações mais precisas. O roteiro da entrevista estruturada destinada às famílias usuárias da ESF está organizado em torno dos seguintes tópicos: (ANEXO IV)

- Caracterização dos moradores e famílias
- Características do domicílio
- Conhecimento da Estratégia de Saúde da Família
- Demanda e uso dos serviços de saúde
- Uso da Estratégia de Saúde da Família
- Encaminhamento a especialistas
- Realização de exames
- Avaliação das ações do ACS
- Satisfação com a UAPSF e a Estratégia de Saúde da Família
- 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 da **Estratégia de Saúde da Família** pelas famílias.

O trabalho de campo com famílias foi realizado entre os meses de março a junho de 2012. Foram organizadas, com os coordenadores das unidades de saúde da família sorteadas, a partir do cadastrado das famílias (SIAB), oito famílias, e contatadas cinco para aplicação dos questionários. Devido à dificuldade de localização de algumas famílias e a recusa de outras em participar da pesquisa, no decorrer do processo da pesquisa foi necessário realizar novos sorteios para completarmos a amostra pretendida. Com as substituições realizadas sistematicamente, o número de famílias estimado para a amostra foi completado com 48 entrevistas realizadas com as famílias em seus domicílios.

## 2.4. Considerações éticas

O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia (Parecer 668/11) (ANEXO IV), além de ter recebido parecer favorável e autorização para sua realização da Diretoria de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia (ANEXO V).

Na realização da pesquisa foram contempladas todas as exigências da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde 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 de Saúde da Família em Uberlândia. A confidencialidade dos dados é



garantida por meio de codificação de todos os questionários para entrada de dados e divulgação de resultados de forma agregada, o que não permite a identificação dos sujeitos da pesquisa. Aos gestores que, porventura, foram identificados, uma vez que são em número restrito, foi solicitada a autorização para a divulgação de suas opiniões.

## **Capítulo 3**

### **A importância da atenção primária na consolidação da rede de serviços de saúde em Uberlândia**

A Cidade de Uberlândia, objeto de nosso estudo, possui 587.266 habitantes (IBGE, 2010). Sendo servida por cinco rodovias federais de grande importância para as regiões Sudeste, Centro-Oeste e Norte. Esta condição faz com que o município esteja interligado a outros municípios mineiros e estados. A BR-050 é o mais importante elo e interliga Uberlândia a Brasília/DF e ao estado de São Paulo (UBERLÂNDIA, 2010a).

A partir de 1970, a cidade de Uberlândia passou por significativas transformações que contribuíram para o expressivo crescimento populacional observado após essa década. A base infraestrutural já consolidada serviu de atração para empresas e indústrias que investindo na cidade propiciaram o desenvolvimento do setor de comércio, serviços e industrial. Os fluxos migratórios somados à saída do homem do campo contribuíram para o aumento da população urbana, que se deslocou para a cidade em busca de educação, saúde, emprego, moradia, entre outros pressionando a realização de políticas públicas para essa população que não para de crescer. Sendo o setor terciário a maior fonte geradora do PIB uberlandense, seguido pela atividade industrial e pela setor primário. A tabela 2 evidencia a evolução da população urbana e rural de 1970 a 2010.

Tabela 2 - Uberlândia: Evolução da População de 1970 a 2010.

<b>População</b>	<b>1970</b>	<b>1980</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
Rural	13.240	9.363	8.881	12.232	16.747
Urbana	111.466	231.598	357.848	488.982	587.266
Total	124.706	240.961	366.729	501.214	604.013

Fonte: IBGE, Censos Demográficos de 1970 a 2010.  
Organização: Maria José Rodrigues, 2012

Oferecer serviços básicos para uma população que em 40 anos cresceu mais de 300% é desafio que o poder público municipal vem tentando alcançar. No entanto, esse objetivo ainda não foi totalmente atingido como veremos nesse capítulo.

### **3.1. Uberlândia: caracterização socioeconômica, demográfica e habitacional**

Em Uberlândia, a taxa de analfabetismo entre a população com mais de 15 anos de idade é de 3,8%, número inferior a média estadual, que é de 7,6 %, e a nacional, que é de 9,6% (IBGE, Censo, 2010). No município, existe, desde 1989, o Programa Municipal de Educação de Jovens e Adultos (PMEA), cujo objetivo é erradicar o analfabetismo, mas este programa esbarra no fluxo migratório para o município, tendo em vista que cerca de 80% dos alunos que frequentam as aulas são oriundos de outros municípios (PMU, 2011). O fluxo migratório é um problema também para se conseguir ofertar serviços de saúde para toda a população que cresce em maior velocidade que as condições do município em ofertar serviços de saúde de qualidade para toda a população.

O Produto Interno Bruto (PIB) per capita do município de Uberlândia é de R\$ 1.002,02, sendo que 10,8% de sua população é considerada pobre, ou seja, dispõe de renda familiar per capita de até meio salário mínimo (IBGE, Censo 2010).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)<sup>3</sup> é 0,830, sendo classificado como o 7º no estado de Minas Gerais e 130º no país (IPEA, 2011). Deve-se lembrar que este índice 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). Apresenta, portanto, uma suposta capacidade de síntese de descrever as situações de bem-estar, condições de/ou qualidade de vida ou nível socioeconômico de diversos grupos sociais em diferentes escalas espaciais (JANUZI, 2001).

Deve-se considerar também que, na metodologia implementada para elaboração do IDH-M, são considerados apenas indicadores que representem as médias municipais, estaduais ou nacionais. Indicadores sociais que levem em conta as médias das variáveis não conseguem revelar as complexidades das relações de exclusão ou

---

<sup>3</sup> O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal varia de zero (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (desenvolvimento humano total). IDH até 0,499 indica desenvolvimento humano baixo; os índices entre 0,500 e 0,799 indicam desenvolvimento médio; os municípios com índice a partir de 0,800 são considerados de alto desenvolvimento humano (PNUD, 2011).

inclusão social, uma vez os intervalos entre os dados das camadas mais pobres e as mais ricas da população residente nos municípios são, às vezes, muito distantes (SPOSATI, 2001).

A condição socioeconômica foi um dos critérios para a implantação da ESF no município em 2003 e pretendemos verificar se nas áreas de menor renda da cidade de Uberlândia existem equipes de saúde da família, conforme proposta do Ministério de Saúde (1998).

A análise dos indicadores de renda levou em consideração quatro indicadores: pessoas responsáveis pelo domicílio sem rendimento nominal mensal; pessoas responsáveis pelo domicílio com rendimento nominal mensal de um a três salários mínimos; pessoas responsáveis pelo domicílio com rendimento nominal mensal de três a cinco salários mínimos; pessoas responsáveis pelo domicílio com rendimento nominal mensal de 10 a 15 salários mínimos. Essas informações foram levantadas levando-se em consideração os dados do censo demográfico do IBGE, censo 2010, que teve como referência para o salário mínimo o valor de 510 reais e que considera setor censitário como

a menor unidade territorial, formada por área contínua, integralmente contida em área urbana ou rural, com dimensão adequada à operação de pesquisas e cujo conjunto esgota a totalidade do Território Nacional, o que permite assegurar a plena cobertura do País (IBGE, CENSO 2010, p.3).

Sobre as pessoas responsáveis pelo domicílio sem rendimento nominal mensal, verificamos que os bairros Aclimação, parte do Jardim Brasília, do Jardim Holanda e do Jaraguá apresentam 111 a 148 pessoas responsáveis pelo domicílio sem rendimento nominal mensal. Numa escala intermediária alta (entre 74 e 111 pessoas), aparecem outros setores censitários no Bairro Jardim Brasília, grande parte do Guarani, Pampulha, Carajás, Lagoinha, uma parte do Tocantins, Chácaras Tubalina, São Jorge, Segismundo Pereira e do Morumbi (MAPA 2)

Nessas áreas, somente os bairros Aclimação, Jardim Holanda, Lagoinha, São Jorge e Morumbi são atendidos por equipes de saúde da família, que está dentro dos

princípios de oferecer serviços de saúde nos locais onde as pessoas vivem, ou seja, perto de suas residências, aspecto importante a ser considerado, já que muitas vezes essas populações não têm condições financeiras de se deslocar a uma unidade de saúde longe de casa.

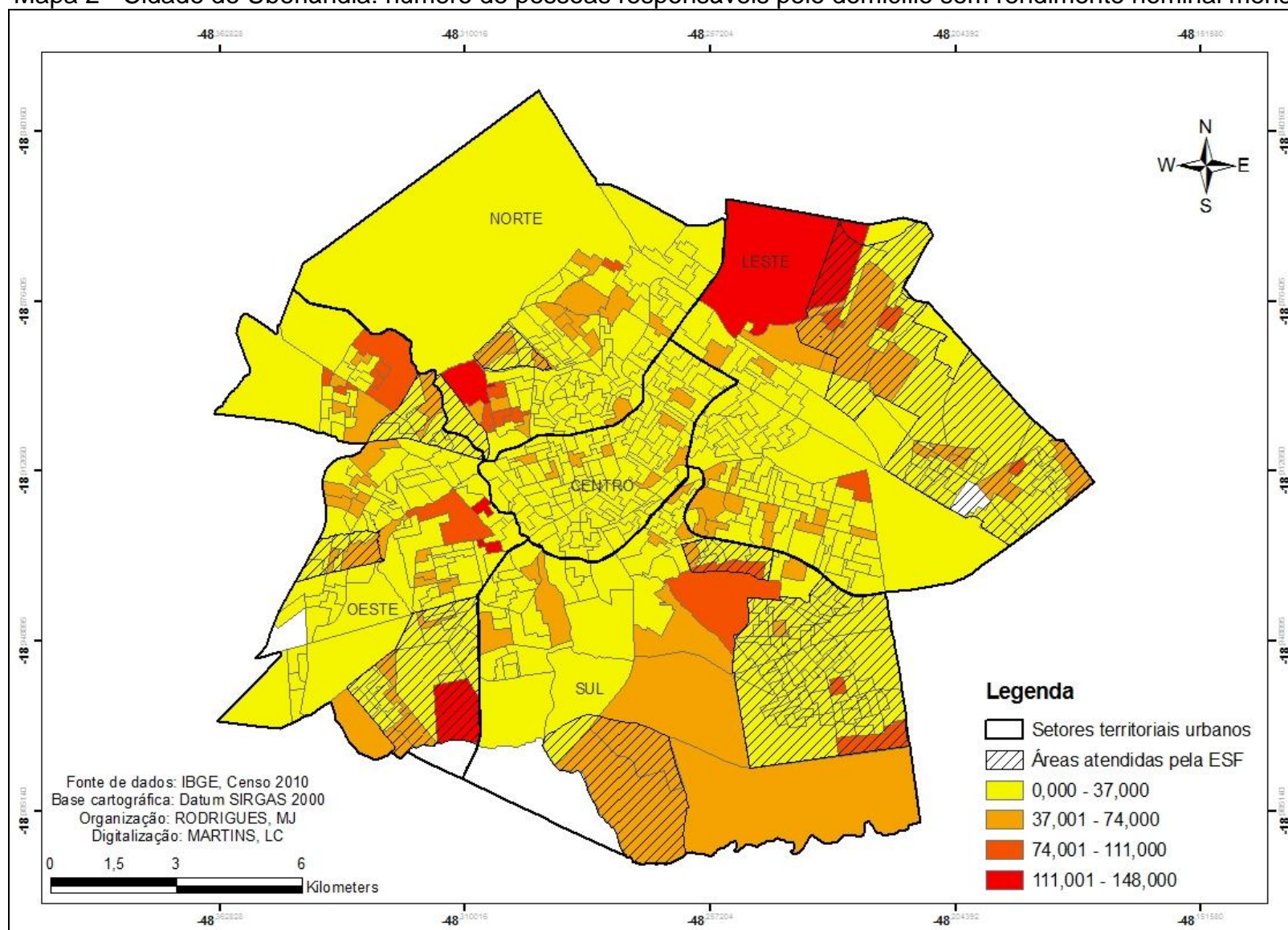
As pessoas responsáveis pelo domicílio com rendimento nominal mensal de um a dois salários mínimos (MAPA 3) estão concentradas nos bairros periféricos de Uberlândia. Essa condição aparece em maior quantidade nos seguintes bairros: Shopping Park, São Jorge, Laranjeiras (um setor censitário, cada um), com 244 a 326 pessoas responsáveis pelo domicílio que recebem entre um e dois salários mínimos. Todos esses bairros são atendidos pela ESF.

No Setor Norte, o Bairro Maravilha, área atendida pela ESF desde 2007, apresenta um setor censitário com 244 a 326 pessoas responsáveis pelo domicílio na mesma condição. E outro setor, no Bairro Minas Gerais, possui entre 163 a 244 pessoas responsáveis pelo domicílio que recebem entre um e dois salários mínimos.

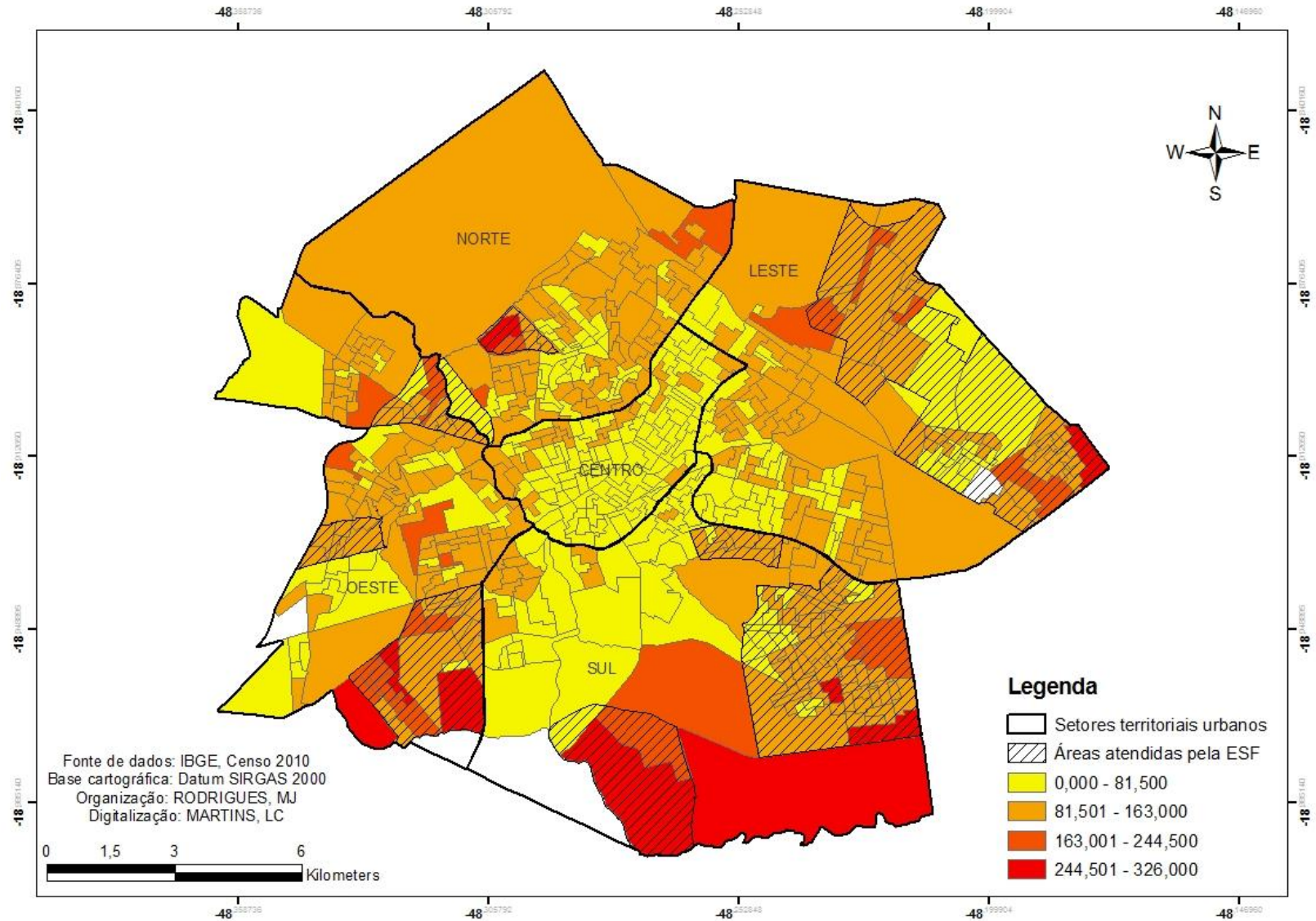
No setor Leste, os Bairros Alto Umuarama (um setor censitário), Aclimação (três setores censitários) e Morumbi (um setor censitário), que apresenta entre 163 a 244 pessoas responsáveis pelo domicílio na mesma condição.

No setor Oeste os Bairros Jardim Canaã, Panorama e Jardim Holanda apresentam um setor censitário com as pessoas responsáveis recebendo entre um e dois salários mínimos mensais. Os bairros Tocantins, Taiaman, Luizote de Freitas, Chácaras Tubalina, Planalto (um setor censitário, cada um) e o Jardim Canaã, com três setores censitários. Neles, entre 163 e 244 chefes da família recebem entre um e dois salários mínimos.

Mapa 2 - Cidade de Uberlândia: número de pessoas responsáveis pelo domicílio sem rendimento nominal mensal, 2010



Mapa 3 - Cidade de Uberlândia: número de pessoas responsáveis pelo domicílio com rendimento nominal mensal de um a três salários mínimos, 2010.





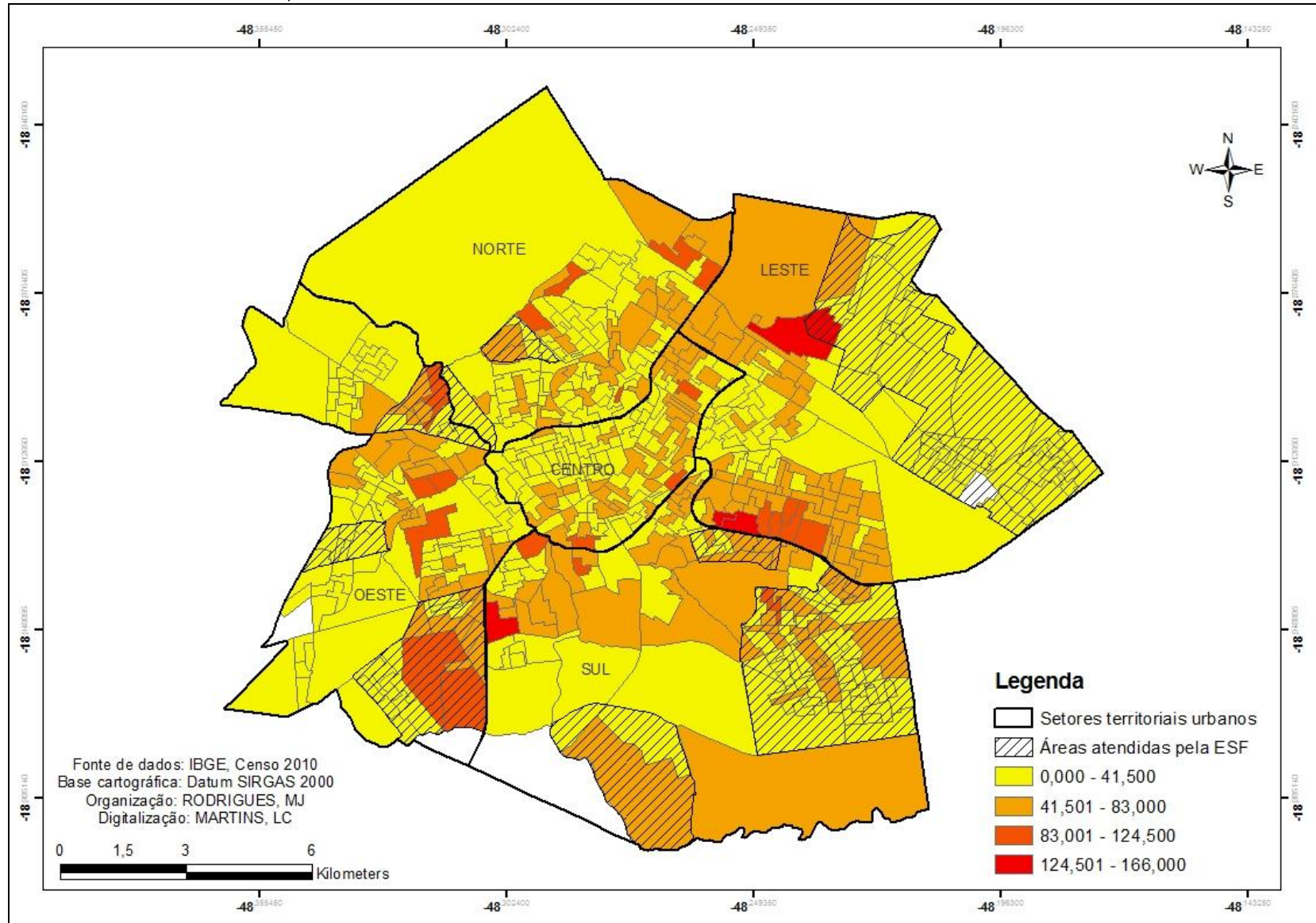
O censo de 2010 (IBGE, 2010) revelou que as pessoas responsáveis pelo domicílio com rendimento nominal mensal de três a cinco salários mínimos (MAPA 4) estão espacialmente distribuídas em todos os setores urbanos, sendo que, no Setor Sul, o Bairro Cidade Jardim apresenta um setor censitário, cada um, onde entre 124 e 166 pessoas responsáveis pelo domicílio ganham entre três e cinco salários mensais. Já os Bairros Patrimônio, Tubalina e Granada apresentam um setor censitário cada um, onde entre 83 e 124 pessoas os responsáveis pelo domicílio tem rendimento nominal mensal entre três e cinco salários mínimos.

No Setor Oeste, os Bairros Jardim Holanda (dois setores censitários), Chácaras Tubalina e Quartel, Jardim Patrícia e Taiaman, um setor cada um, onde entre 83 e 124 pessoas responsáveis pelo domicílio ganham entre três e cinco salários mínimos. No Setor Norte, os Bairros Minas Gerais (dois setores), Pacaembu, Residencial Gramado e Roosevelt, um setor cada um, onde entre 83 a 124 pessoas responsáveis pelo domicílio ganham entre três e cinco salários mínimos.

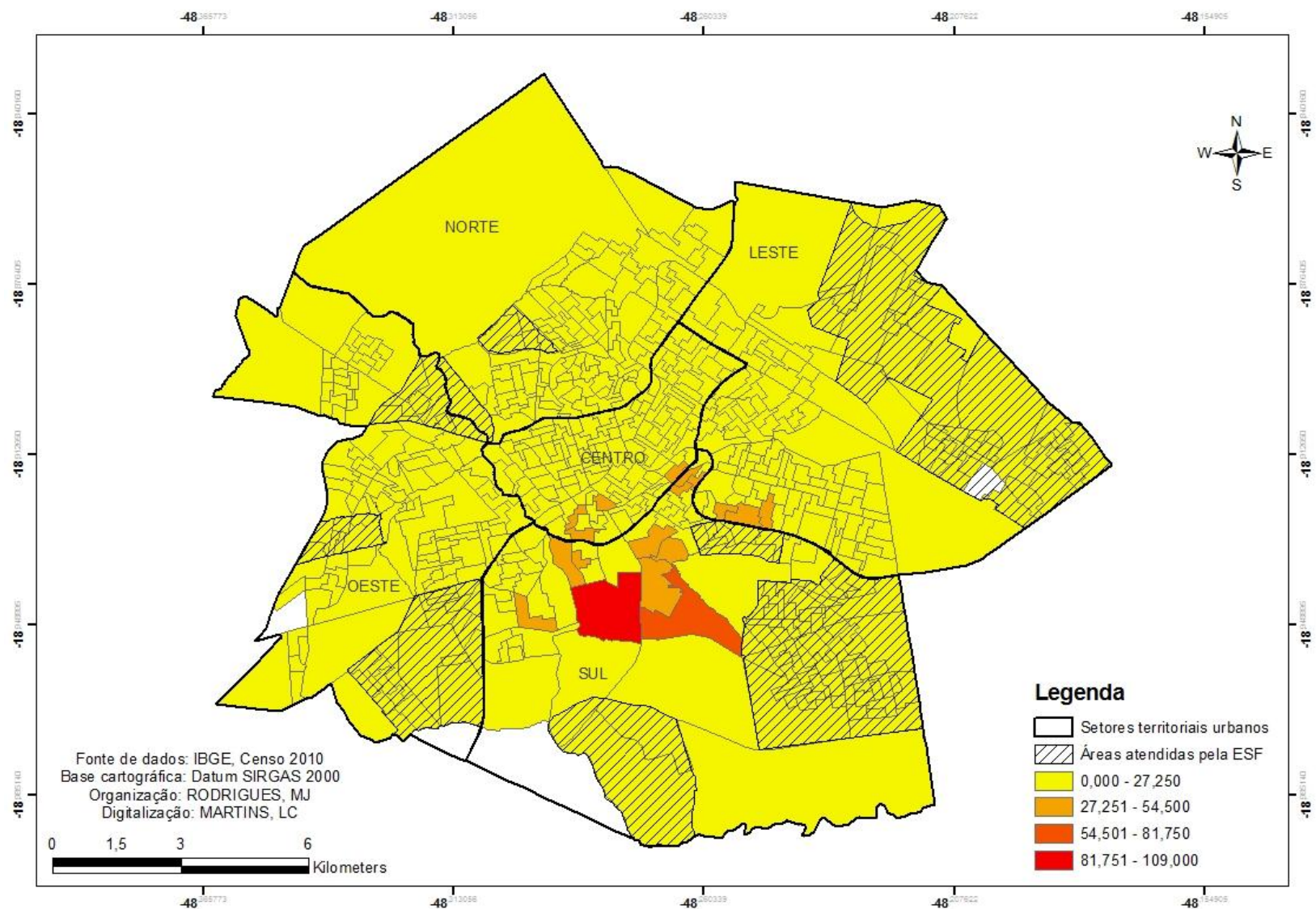
No Setor Leste, três setores censitários aparecem com o índice maior entre 124 e 166 pessoas responsáveis pelo domicílio com rendimento nominal mensal entre três e cinco salários mínimos (um no Alto Umuarama e dois no Bairro Santa Mônica). Também no Santa Mônica, em cinco setores censitários aparecem entre 83 e 124 pessoas responsáveis pelo domicílio que ganham entre três e cinco salários mínimos mensais.

Na cidade de Uberlândia, a população de alta renda, com pessoas responsáveis pelo domicílio com rendimento nominal mensal entre 10 e 15 salários mínimos (MAPA 5), está concentrada no Setor Sul, nos Bairros Jardim Karaíba, que concentra de 81 a 110 pessoas nessa condição, e Morada da Colina, que possui de 54 a 81 pessoas nessa situação. O Setor Central também apresenta alguns setores censitários onde entre 27 e 54 pessoas responsáveis pelo domicílio recebem entre 10 e 15 salários mínimos.

Mapa 4 - Cidade de Uberlândia: número de pessoas responsáveis pelo domicílio com rendimento nominal mensal de três a cinco salários mínimos, 2010.



Mapa 5 - Cidade de Uberlândia: número de pessoas responsáveis pelo domicílio com rendimento nominal mensal entre 10 e 15 salários mínimos, 2010.



A análise dos indicadores de renda nos permite concluir que, de modo geral, a população de classe alta com rendimento nominal mensal entre 10 e 15 salários mínimos está mais concentrada em alguns setores censitários da região central e do Setor Sul.

Em relação à população de menor renda, existe uma concentração dos setores censitários com renda de um a dois salários mínimos nas periferias dos setores leste, sul e oeste. Em relação à composição das famílias residentes em domicílios particulares, 68,9% dessas famílias são compostas por dois a quatro integrantes. A composição familiar mais comum é a de três integrantes (25,15%). Pessoas sozinhas representam 13,26% das famílias residentes no município, enquanto 2,97% das famílias são compostas por seis integrantes e 1,71% têm sete ou mais membros (TABELA 3)

**Tabela 3 - Minas Gerais e Uberlândia: pessoas residentes em domicílios particulares por número de componentes, 2010**

Número de pessoas por domicílio	Minas Gerais		Uberlândia	
	N	%	N	%
1 morador	783.585	13%	25.963	13,26%
2 moradores	1.349.629	22,3 9%	48.587	24,81%
3 moradores	1.494.292	24,79%	49.240	25,15%
4 moradores	1.309.215	21,72%	44.865	22,91%
5 moradores	639.170	10,6%	17.981	9,18%
6 moradores	252.634	4,19%	5.816	2,97%
7 moradores ou mais	199.698	3,32%	3.355	1,71%
TOTAL	6.028.223	100%	195.807	100%

Fonte: IBGE, Censo 2010

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

Entre as famílias residentes em domicílios particulares de Uberlândia, segundo tipos de composição familiar, predominam casais com filhos (59,5%) e, em seguida, os casais sem filhos (22,4%), mulheres sem cônjuge, responsáveis pela família e com filhos (15,8%); enquanto uma parcela pequena (2,3%) somente homens com filhos. (IBGE,CENSO 2010).

Em relação aos indicadores que tratam das condições das habitações da cidade de Uberlândia, fizemos um levantamento no Censo de 2010 dos seguintes indicadores: domicílios particulares improvisados; domicílios particulares permanentes sem banheiro de uso exclusivo dos moradores e nem sanitário; domicílios particulares permanentes com até quatro moradores; domicílios particulares permanentes com cinco ou mais moradores; domicílios particulares permanentes com quatro ou mais banheiros de uso exclusivo dos moradores.

Com esses indicadores acreditamos ser possível demonstrar onde estão as piores condições de habitação, as condições intermediárias e as melhores condições. Compreendemos a importância dos indicadores habitacionais para se determinar a localização das diferentes classes sociais no espaço intraurbano de Uberlândia, sendo possível verificar a qualidade e as características de seus locais de moradia por meio dos indicadores de localização de domicílios de baixo padrão ou qualidade, dos indicadores de domicílios sem banheiro, do tipo improvisado, ou ainda indicadores relacionados com o número de pessoas residentes por domicílio, como também do indicador de domicílios particulares permanentes com quatro banheiros ou mais para indicar as áreas com domicílio de alto padrão.

Com esses dados faremos uma correlação entre os indicadores de habitação e as áreas atendidas pela Estratégia de Saúde da Família da cidade de Uberlândia. Lembramos que os dados são organizados por setores censitários, o que torna difícil a análise por bairros.

O IBGE, (2010) entende domicílio com sendo

(...)o local estruturalmente separado e independente que se destina a servir de habitação a uma ou mais pessoas, ou que esteja sendo utilizado como tal. Os critérios essenciais para definir a existência de mais de um domicílio em uma mesma propriedade ou terreno são os de separação e independência, que devem ser atendidos simultaneamente. Entende-se por separação quando o local de habitação for limitado por paredes, muros ou cercas e coberto por um teto, permitindo a uma ou mais pessoas, que nele habitam isolar-se das demais, com a finalidade de dormir, preparar e/ou consumir seus alimentos e proteger-se do meio ambiente, arcando, total ou parcialmente, com suas despesas de alimentação ou moradia. Por independência, entende-se quando o local de habitação tem acesso direto, permitindo a seus moradores entrar e sair sem necessidade de passar por locais de moradia de outras pessoas. (IBGE, CENSO, 2010, p.10).

Percebemos que, em relação aos domicílios particulares improvisados (MAPA 6), todos os setores territoriais urbanos apresentam setores censitários com essa condição habitacional. Chama-nos atenção o Setor Sul, com um setor censitário que abrange parte dos bairros Lagoinha, Carajás e Pampulha, nas proximidades do Parque de Exposições Camaru, que apresenta entre 7,5 a 10 domicílios particulares improvisados, tendo esses domicílios a característica de serem localizados em uma edificação que não tenha dependências destinadas exclusivamente à moradia (por exemplo, dentro de um bar), como também os locais inadequados para habitação.

No caso específico desse setor, parte está na área de abrangência das UAPSFs Lagoinha I e II, no entanto, uma área importante não recebe serviços de atenção primária pelas UAPSFs e sim pela UAI Pampulha, unidade que não trabalha no modelo de prevenção e promoção dos agravos à saúde e não prevê a adoção de políticas intersetoriais para a sua população de referência. Ainda no Setor Territorial Sul, um setor censitário localizado no Bairro Saraiva também apresenta o mesmo índice de domicílios improvisados.

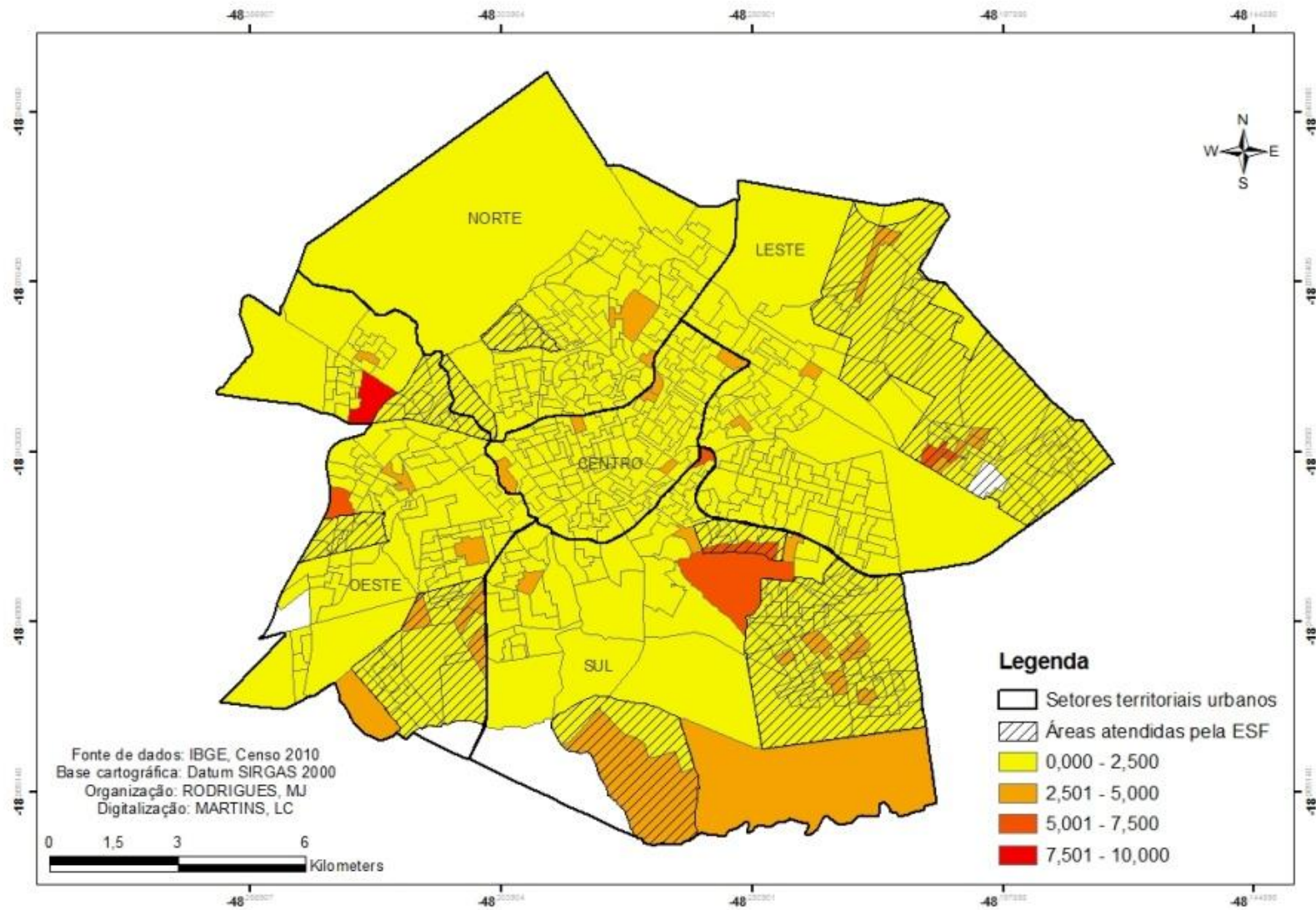
O Bairro Tocantins, no setor Oeste, também apresenta entre 7,5 a 10 domicílios improvisados e não possui equipes de saúde da família. No bairro Luizote também são encontrados domicílios particulares improvisados (entre 5,0 e 7,5) domicílios. Esses dois bairros recebem atendimentos de APS no ambulatório da UAI Luizote.

No Setor Leste, o Bairro Dom Almir apresenta um setor censitário com índice entre 7,5 e 10 domicílios improvisados e três setores com índice intermediário alto (entre 5,0 e 7,5), condição que se repete no bairro Aclimação no mesmo setor. O Núcleo Morumbi, no Setor Leste, foi o primeiro a se implantar a ESF no município de Uberlândia. A Coordenadora da APS de 2004 a 2010 menciona que

(...) escolheram o setor leste por que naquela época esse setor tinha os piores indicadores de saúde, tinha mais mortalidade infantil, mais gravidez na adolescência, mais câncer de colo de uterino, mais mulheres iniciando o pré-natal tardiamente, a cobertura vacinal era baixa. E também por deficiência de equipamentos na área de Atenção Primária. Os equipamentos que tinham ali faziam tanto atenção primária, como secundária, que eram a UAI do Morumbi, as UBSs do Dom Almir e do Alvorada. Mas como aquele setor teve um crescimento expressivo, por causa de assentamentos, loteamentos irregulares, população que vinha de outros municípios com uma condição de saúde inadequada, eles já traziam essa condição de outro lugar que vinham prá cá, havia a necessidade urgente de se implantar o PSF lá. (COORDENADORA DA APS, de 2004 a 2010, 2012)



Mapa 6 - Cidade de Uberlândia: número de domicílios particulares improvisados, 2010



Desde a década de 1970 a cidade de Uberlândia tem passado por um acelerado processo de crescimento populacional e expansão horizontal resultante da acentuação dos fluxos migratórios promovidos pela integração da cidade ao circuito econômico nacional. Tal fato pode ser evidenciado pela intensificação da periferia de população de baixa renda, caracterizada pela precariedade dos serviços públicos, por falta de equipamentos e infraestrutura urbana à qual parte de seus moradores fica submetida.

Muitos bairros periféricos foram criados com a finalidade de assentar a população de baixa renda, como é o caso dos bairros Dom Almir e Joana D'Arc. Tais áreas estão localizadas no Setor Leste da cidade, divisão estabelecida pela Prefeitura Municipal de Uberlândia em 1996, não apresentando áreas de lazer, praças ou áreas verdes, sendo marcante o processo de autoconstrução. Grande parte dos moradores é oriunda de outros municípios de Minas Gerais, do estado de São Paulo e de estados da região Nordeste e não concluíram o Ensino Fundamental (RAMIRES e SANTOS, 2001).

Até 1980, a área onde se encontram os bairros Dom Almir, Residencial Integração e o Bairro Joana D'arc possuía um conteúdo social diversificado, não sendo considerada como favelas. A partir de 1990, ocorre uma forte pressão de populares a procura de uma habitação, eclodindo com a invasão e a constituição do Dom Almir, inicialmente com 80 famílias. Em 1991, tal assentamento passa a se organizar como bairro "(...) a partir do projeto de Desfavelamento e Urbanização de Favelas, elaborado pelo Poder Público Municipal (...) dando origem ao bairro com o mesmo nome." (RAMIRES e SANTOS, 2001, p. 58). O setor do Joana D'Arc originou-se a partir de uma posterior invasão, em 1997, que se iniciou num espaço vazio, próximo à penitenciária da cidade.

O PSF foi implantado nessa região a partir do ano de 2003 e conta com 10 equipes para atender a uma população cadastrada de 44.654 (SMS, 2012). A maioria dessa população está na fase adulta, necessitando de políticas públicas que atendam às diversas demandas, tais como políticas de geração de renda, emprego, inclusão social e econômica, já que em pesquisa realizada por Ramires e Santos (2001), comprovou-se que a maioria da população tinha rendimento mensal de até dois salários mínimos com alto índice de desemprego e baixa escolaridade da população da área do núcleo Morumbi.



A condição de domicílio particular improvisado se repete em todos os setores com índices intermediários no setor Norte, nos bairros Santa Rosa e Marta Helena (entre 5.001 e 7.500), e no setor Central, nos bairros Martins, Bom Jesus e Brasil.

Em relação aos domicílios particulares permanentes sem banheiro de uso exclusivo dos moradores e nem sanitário (MAPA 7), verificamos que dois setores censitários nos chamam mais atenção. O primeiro é o mesmo do Setor Sul que apresenta os maiores índices de domicílios improvisados, com um setor censitário que abrange parte dos bairros Lagoinha, Carajás e Pampulha, nas proximidades do Parque de Exposições Camaru, que apresenta entre 4,5 e 6,0 domicílios particulares permanentes sem banheiro de uso exclusivo dos moradores e nem sanitário.

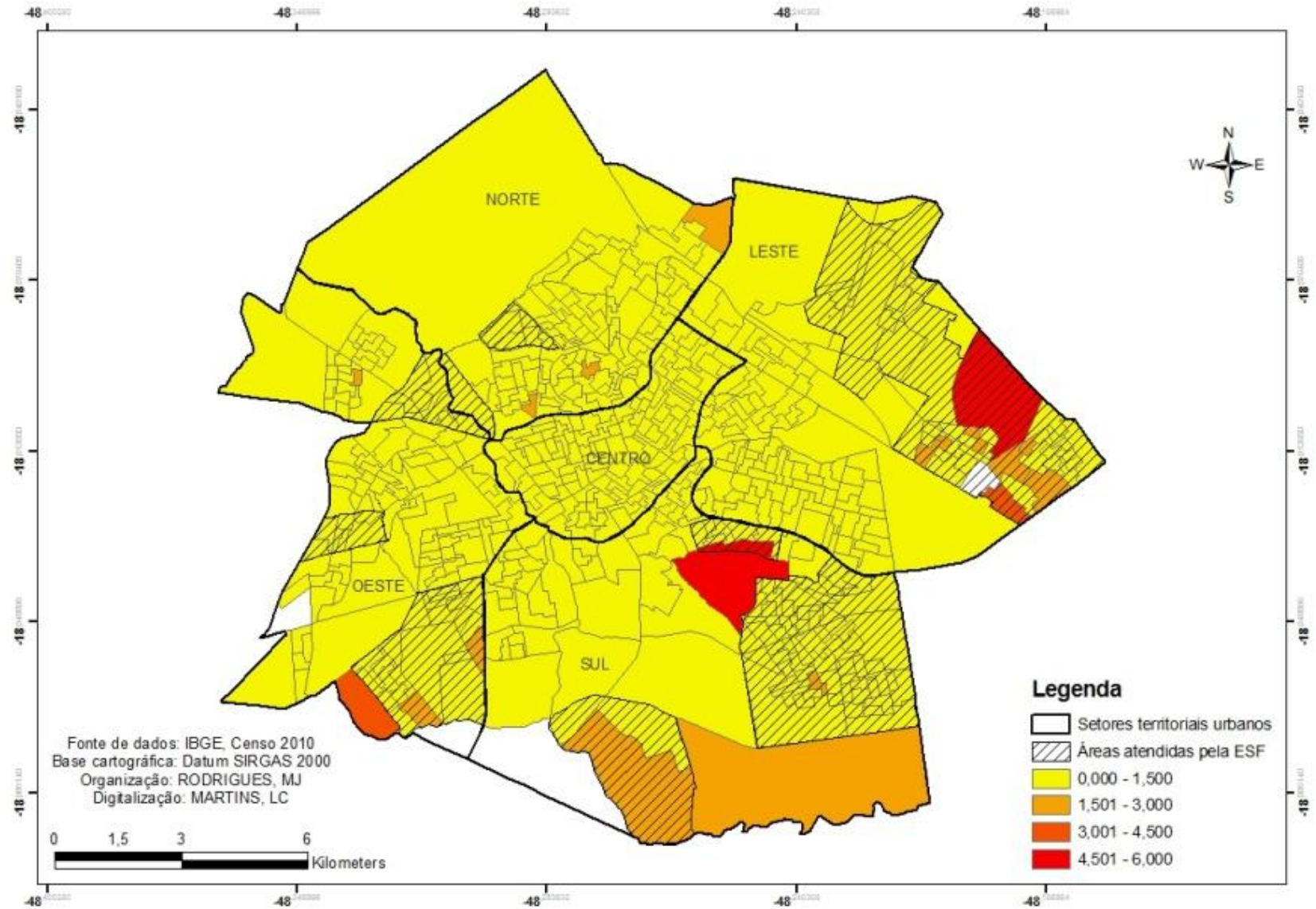
Outro bairro que apresenta setores censitários os maiores índices de domicílios particulares permanentes sem banheiro de uso exclusivo dos moradores e nem sanitário é o Residencial Integração (entre 4,5 e 6,0 domicílios) e o bairro Morumbi, com índices intermediários (entre 3,0 e 4,5) domicílios nessa condição.

Quando avaliamos a questão do número de moradores por domicílios, aspecto importante para considerarmos a questão do padrão da habitação, verificamos que os domicílios particulares com até quatro moradores (MAPA 8) são encontrados de forma generalizada em todos os setores territoriais urbanos. O Setor Sul é o que possui a maior quantidade de setores censitários com a maior taxa de domicílios nessa condição (entre 529 e 706) domicílios com até quatro moradores.

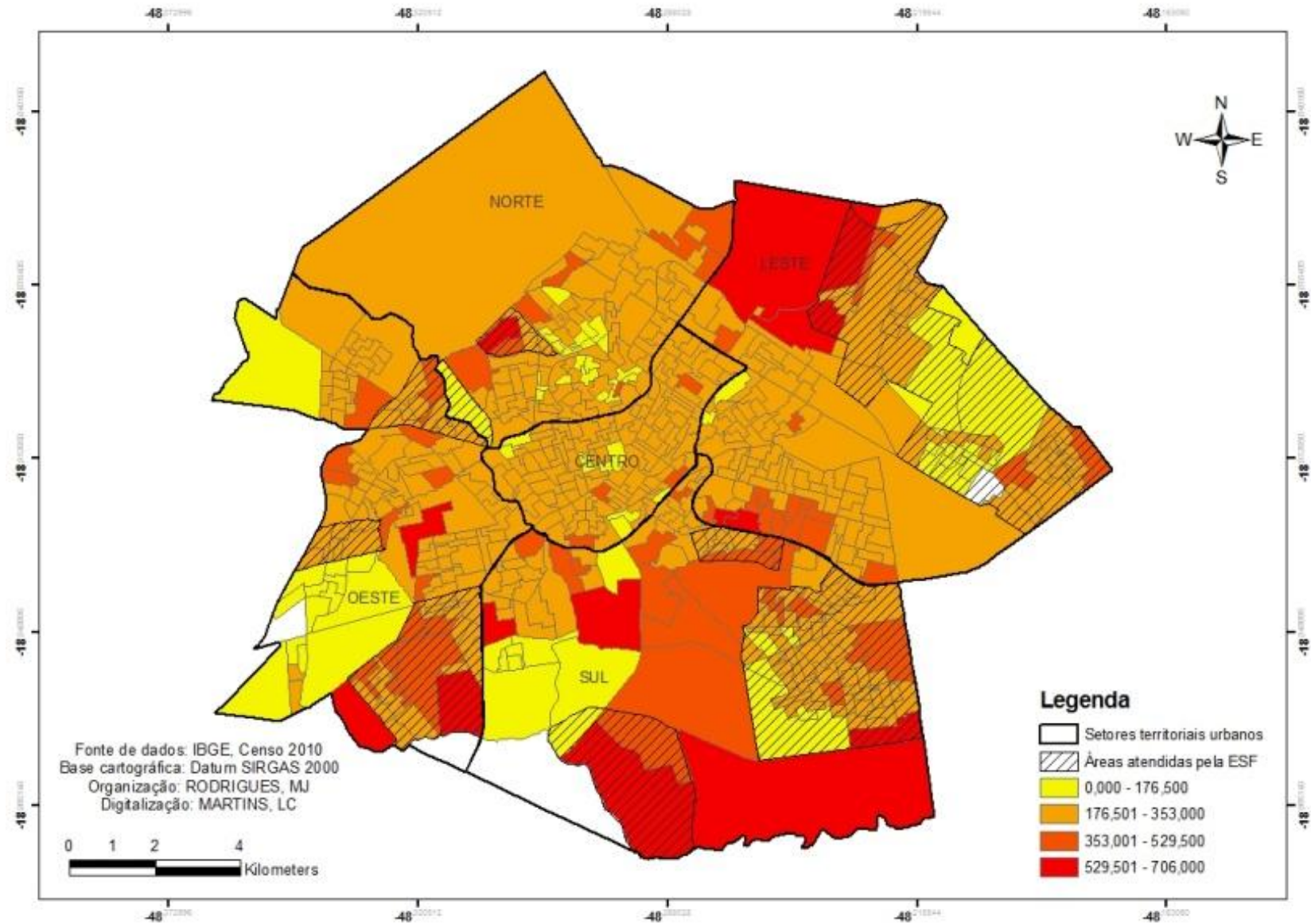
Os outros setores urbanos também apresentam vários setores censitários com até quatro moradores, demonstrando que essa é uma tendência do município de Uberlândia, já que o censo de 2010 revelou que em 86,13% dos domicílios predomina a característica de até quatro moradores assim distribuídos: um morador: 25.963 domicílios - 13,26%; até dois moradores: 48.587 domicílios - 24,81%; até três moradores: 49.240 domicílios - 25,15%; e até quatro moradores: 44.865 domicílios - 22,91% dos domicílios uberlandenses (IBGE, CENSO 2010).

Em relação aos domicílios particulares com cinco ou mais moradores (MAPA 9), eles são uma minoria em Uberlândia, somando 13,23% dos domicílios que são assim distribuídos: com cinco moradores: 17.981 domicílios ou 9,18% dos domicílios; com seis

Mapa 7 – Cidade de Uberlândia: número de domicílios particulares permanentes sem banheiro de uso exclusivo dos moradores e nem sanitário, 2010.

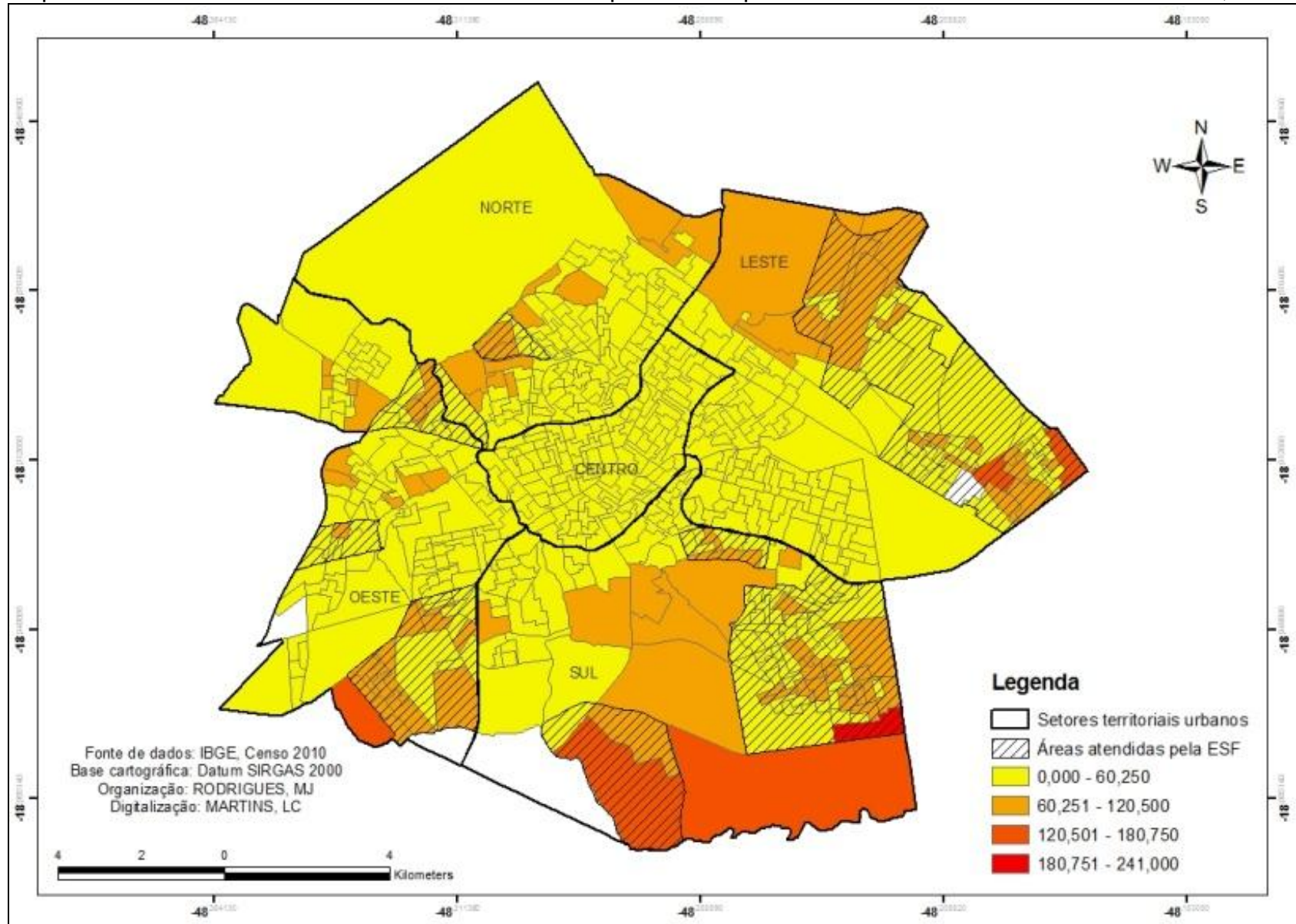


Mapa 8 - Cidade de Uberlândia: número de domicílios particulares permanentes com até 4 moradores, 2010.





Mapa 9 - Cidade de Uberlândia: número de domicílios particulares permanentes com cinco ou mais moradores, 2010.



moradores: 5.816 ou 2,97% dos domicílios; com sete moradores: 1.987 ou 1,01% dos domicílios; e oito moradores ou mais: 1.368 ou 0,7% dos domicílios.

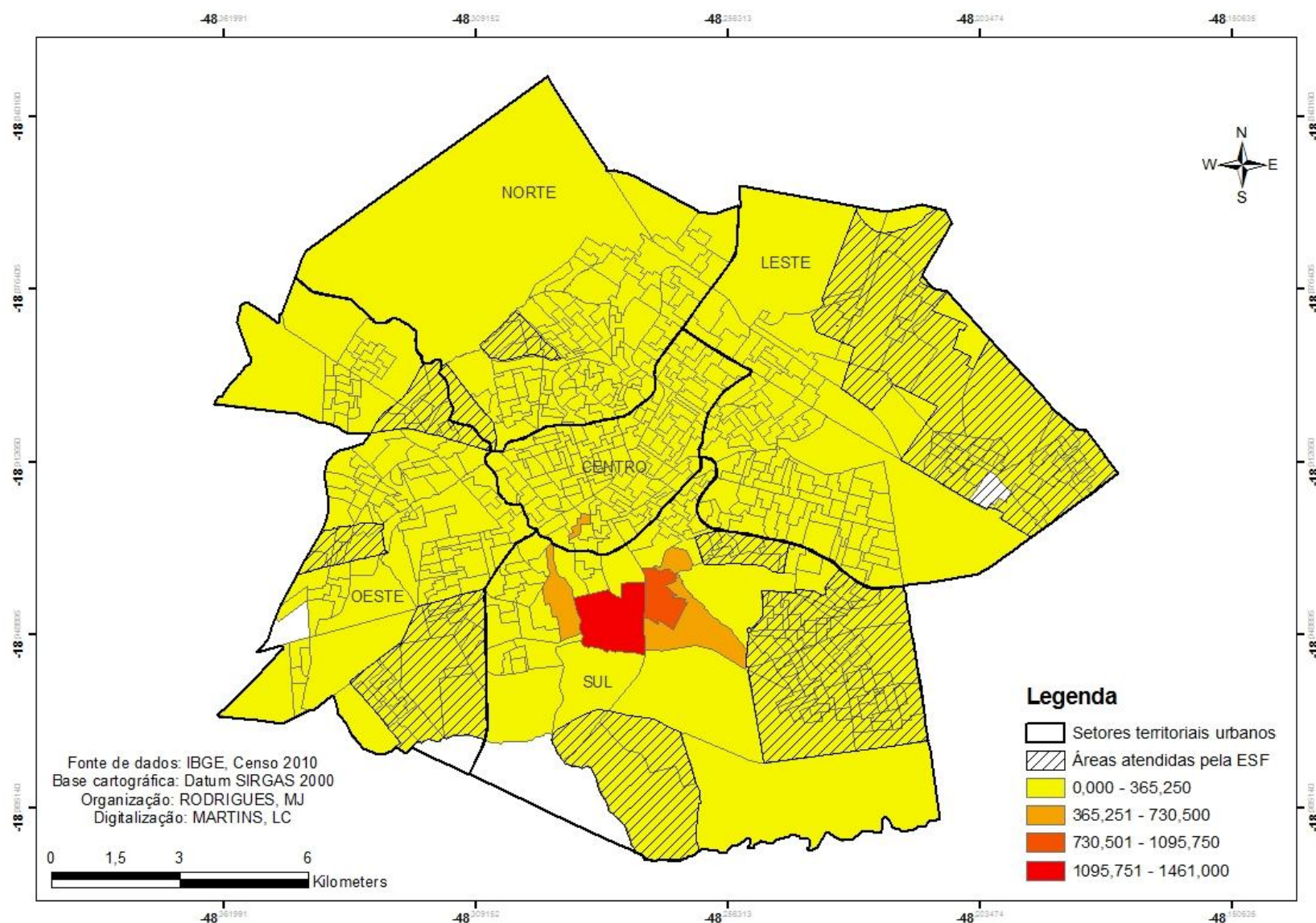
Esta condição está mais localizada nos setores Sul e Leste da cidade, parcelas da área urbana com alguns setores censitários abrigando de 180 a 241 domicílios com cinco ou mais moradores.

É o caso da região do Campo Alegre, no Bairro São Jorge, que está localizado na zona Sul de Uberlândia e é um dos mais populosos da cidade, contando com 27 mil habitantes, de acordo o último censo demográfico (IBGE, CENSO, 2010), apresentando um setor censitário de 180 a 241 domicílios com cinco ou mais moradores. O Bairro Shopping Park, também no setor Sul, apresenta alguns setores censitários na condição intermediária (entre 120 a 180 domicílios) com cinco ou mais moradores.

No Setor Oeste, o Bairro Canaã apresenta um setor censitário na condição intermediária (entre 120 e 180 domicílios). No setor Leste são encontrados dois setores censitários no Bairro Morumbi nessa condição também. Nos setores central e norte, a condição de cinco ou mais moradores por domicílio aparece em menor quantidade em todos os setores censitários.

Em relação aos moradores em domicílios particulares permanentes com quatro ou mais banheiros de uso exclusivo dos moradores (MAPA 10), indicador considerado importante para espacializar as áreas de moradia de alta renda, verificamos que essa condição aparece em poucos setores, estando mais concentrada nos bairros Morada da Colina (entre 1.095 e 1.461 moradores), Jardim Karaíba (entre 730 e 1.095 moradores) e um setor censitário no Bairro Cidade Jardim (365 a 730 pessoas), todos no Setor Sul, morando nessas condições. Um setor censitário no Bairro Fundinho, localizado na área central, também apresenta uma quantidade importante de moradores em domicílios particulares permanentes com quatro ou mais banheiros de uso exclusivo dos moradores (entre 365 e 730 moradores).

Mapa 10 - Cidade de Uberlândia: número de moradores em domicílios particulares permanentes com quatro ou mais banheiros de uso exclusivo dos moradores, 2010



Entre a população residente do município de Uberlândia predomina a população feminina (51,2%). Na população total há um percentual importante de idosos (10,2%), população que exerce pressão importante nas políticas sociais, principalmente nas de saúde e lazer. ( Conforme tabela 4)

**Tabela 4 - Uberlândia:alguns indicadores demográficos, 2010**

Características demográficas	N	%
População total	604.013	100
População masculina	294.914	48,8
População feminina	309.099	51,2
Número de menores de 5 anos na população	47.717	7,9%
Número de idosos na população (maiores de 65 anos)	61.674	10,2%

Fonte: IBGE, Censo, 2010.

Organização: Maria José Rodrigues, 2010.

De acordo com os dados do Censo 2010, as mulheres já estão à frente de 38,7% dos domicílios brasileiros. Um aumento importante já que, há dez anos, eram 24,9% dos lares. Aumento de escolaridade, mortalidade menor entre elas, novos arranjos familiares e maior participação feminina no mercado de trabalho ajudam a explicar essa condição. Além disso, cresce no Brasil, segundo o IBGE, o número de residências em que a responsabilidade compartilhada chega a 29,6% do total de domicílios.

As mulheres têm um padrão de escolaridade que supera a dos homens. Apesar da inserção delas no mercado de trabalho há várias décadas, os salários ainda são menores: a maioria da população uberlandense é feminina, mas as mulheres ganham, em média, 51,2% menos do que os homens.

Conforme aumenta a participação da mulher no mercado de trabalho, ela ganha força como responsável pelos domicílios. Os dados do Censo 2010 apontam que 15,1% dos núcleos familiares brasileiros são formados por mãe com filhos, contra 2,3% de pai com filhos, 61,9% de casal com filhos e 20,7% de casal sem filhos. E, mesmo na categoria casal com filhos, há 8,4% das casas em que os filhos são de apenas um dos cônjuges, o que demonstra o recasamento. Há ainda 0,1% de domicílios com cônjuges do mesmo sexo. Isso já é uma tendência que vem se apresentando ao longo do tempo

e também é resultado de novos arranjos, como as mulheres solteiras morando sozinhas e mulher morando com os filhos (IBGE, CENSO, 2010).

Estudos evidenciam que a maior concentração de mulheres na condição de responsável pelo domicílio está nas camadas mais pobres da sociedade, nas quais as condições precárias de vida, evidenciadas pelo desemprego ou subemprego dos companheiros ou a própria condição de mães solteiras, separadas ou viúvas, as conduzem ao mercado de trabalho em situações que vão desde compartilhar até responsabilizar-se sozinhas pela manutenção da casa. Infere-se, a partir dessa realidade de vulnerabilidades, que a situação das mulheres serem responsáveis pelos domicílios configura-se também como indicativo de desigualdades sociais e de gênero percebidas pelo nível de pobreza familiar, divisão sexual do trabalho e formas precarizadas de trabalho em que estão inseridas (MENDES, 2004).

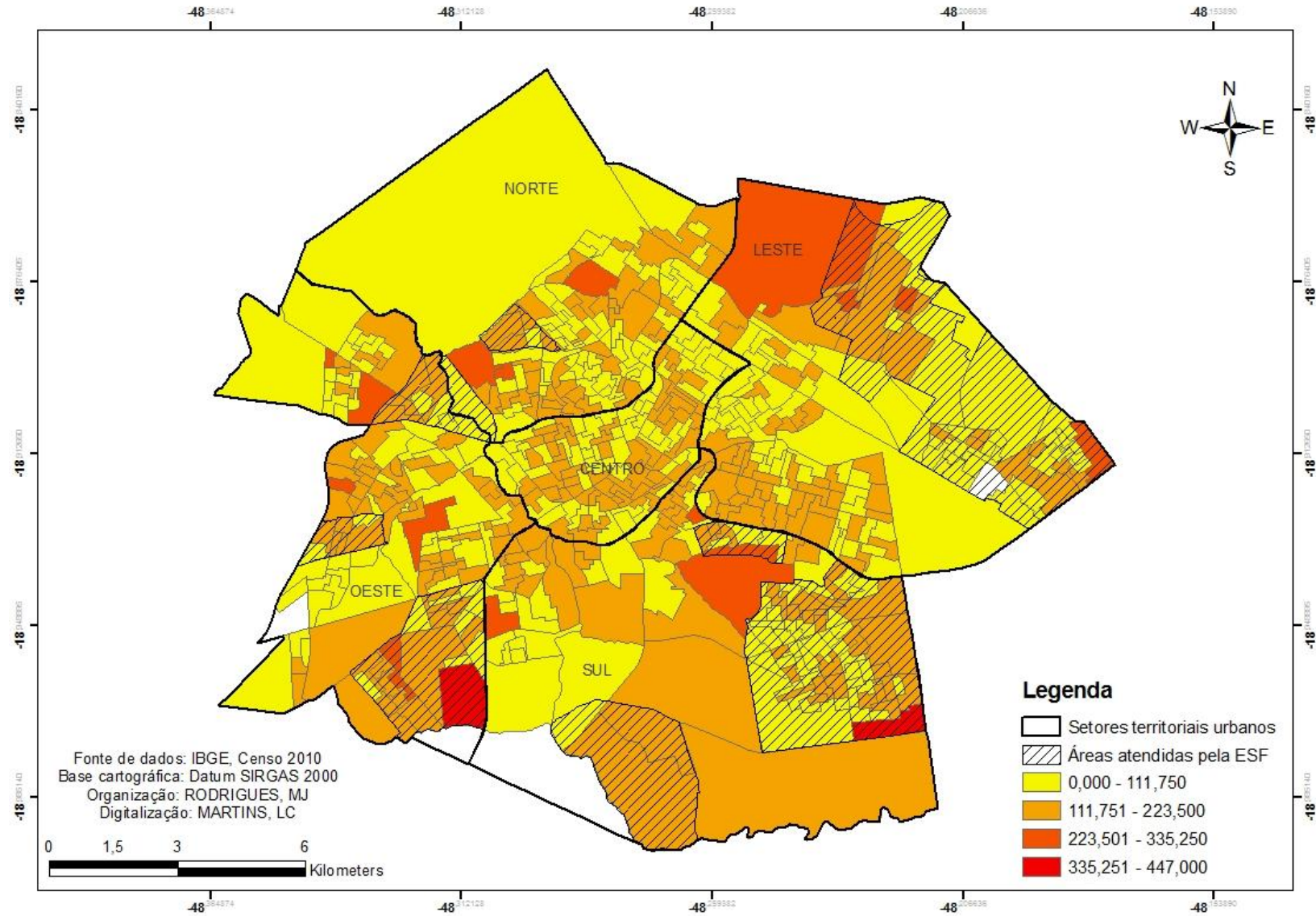
No caso do município de Uberlândia, a figura do homem como chefe de família é predominante. A maioria dos 195.807 domicílios particulares em Uberlândia têm uma única pessoa como responsável (62,3%). Desse total, 122.289 lares têm o homem como único ou principal responsável pelo domicílio. Em relação aos laços de família, entre os lares considerados familiares, na maior parte (59,5%), os casais têm filho. Em outros 22,4% dos domicílios, os casais não têm filhos. Nas unidades domésticas familiares, 15,8% têm apenas a mulher vivendo com os filhos, enquanto numa parcela menor, 2,3%, registra-se somente homens com filhos.

As mulheres na condição de responsáveis pelo domicílio aparecem em todos os setores territoriais urbanos de Uberlândia (MAPA 11). Em alguns setores censitários nas áreas periféricas elas aparecem em maior quantidade. No Setor Leste, nos bairros Aclimação, Jardim Ipanema e Morumbi, quatro setores censitários aparecem na condição intermediária alta (entre 223 e 335 domicílios) chefiados por mulheres.

No setor Sul, um setor censitário no Bairro São Jorge, na região do Campo Alegre, apresenta entre 335 e 447 domicílios chefiados por mulheres. No Bairro Cidade Jardim também aparece um setor censitário na condição intermediária (entre 223 e 335 domicílios). No setor censitário que abrange parte dos Bairros Lagoinha, Pampulha e Carajás, já mencionada como uma das áreas de maior número de pessoas responsáveis pelo domicílio sem rendimento nominal mensal, de domicílios



Mapa 11 - Cidade de Uberlândia: número de mulheres responsáveis pelo domicílio, 2010



improvisados, de domicílios particulares permanentes sem banheiro de uso exclusivo dos moradores e nem sanitário, a área aparece novamente com o índice intermediário de domicílios chefiados por mulheres (entre 223 e 335 domicílios).

Essa área é apontada como necessitando de políticas intersetoriais urgentes que envolvam geração de emprego e renda, moradia, educação, acesso aos serviços de saúde que poderiam ser coordenadas pelas duas equipes de saúde da família que atuam nessa área, já que essas equipes estão na comunidade há nove anos e conhecem os principais problemas dessa comunidade, pressupondo-se que o vínculo entre equipe e comunidade seja forte pelo período de tempo de atuação na área.

No Setor Oeste, o Bairro Jardim Holanda apresenta um setor censitário com valores entre 335 e 447 domicílios chefiados por mulheres. Ainda nesse setor, nos bairros Chácaras Tubalina e Quartel, Luizote de Freitas, Tocantins, Jardim Canaã, há pelo menos um setor censitário, cada um, na condição intermediária alta (entre 223 e 335 domicílios) chefiado por mulheres. No Setor Norte, os Bairros Jardim Brasília e Santa Rosa apresentam um setor censitário, cada um, na condição intermediária alta (entre 223 e 335 domicílios) chefiados por mulheres.

Percebemos que em relação a chefia feminina dos domicílios uberlandenses ela é menor que a média nacional esse fator pode estar relacionado a sociedade patriarcal que se estabeleceu em Uberlândia e tem uma relação direta com a ruralidade presente neste município.

### **3.2 - Estrutura do sistema municipal de saúde de Uberlândia**

Atenção à saúde é tudo que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. No Sistema Único de Saúde (SUS), o cuidado com a saúde está organizado em níveis de atenção: primária, média e alta complexidade. Considerar um desses níveis de atenção mais relevante que outro é um erro, porque a atenção à saúde deve ser integral, ou seja, garantir ao usuário uma atenção que abrange o acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema Municipal de Saúde.

Como a Atenção Primária deve constituir o primeiro nível de atenção à saúde, nesta deve ocorrer o primeiro contato dos usuários com o SUS. Espera-se que neste nível o paciente tenha acesso direto a uma fonte adequada de atenção continuada ao longo do tempo, inclusive com ações preventivas para diversos agravos à saúde. Na atenção Primária pressupõe-se o atendimento nas áreas de clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, odontologia, psicologia, serviço social, imunização, inclusive as emergências referentes a essas áreas. Outro papel importante da Atenção Primária é realizar os encaminhamentos dos usuários para os atendimentos de média e alta complexidade do sistema municipal de saúde de Uberlândia. Sendo assim, colocamos um exemplo prático. Se um usuário procura uma UAPSF com queixa de enxaqueca crônica, este deve ser avaliado na unidade e encaminhado, se necessário, para tratamento em uma unidade de média ou alta complexidade. No caso de Uberlândia, este encaminhamento seria para uma Unidade de Atendimento Integrado da área de abrangência da UAPSF e, posteriormente, para o Hospital Municipal ou para Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia dependendo da gravidade do caso.

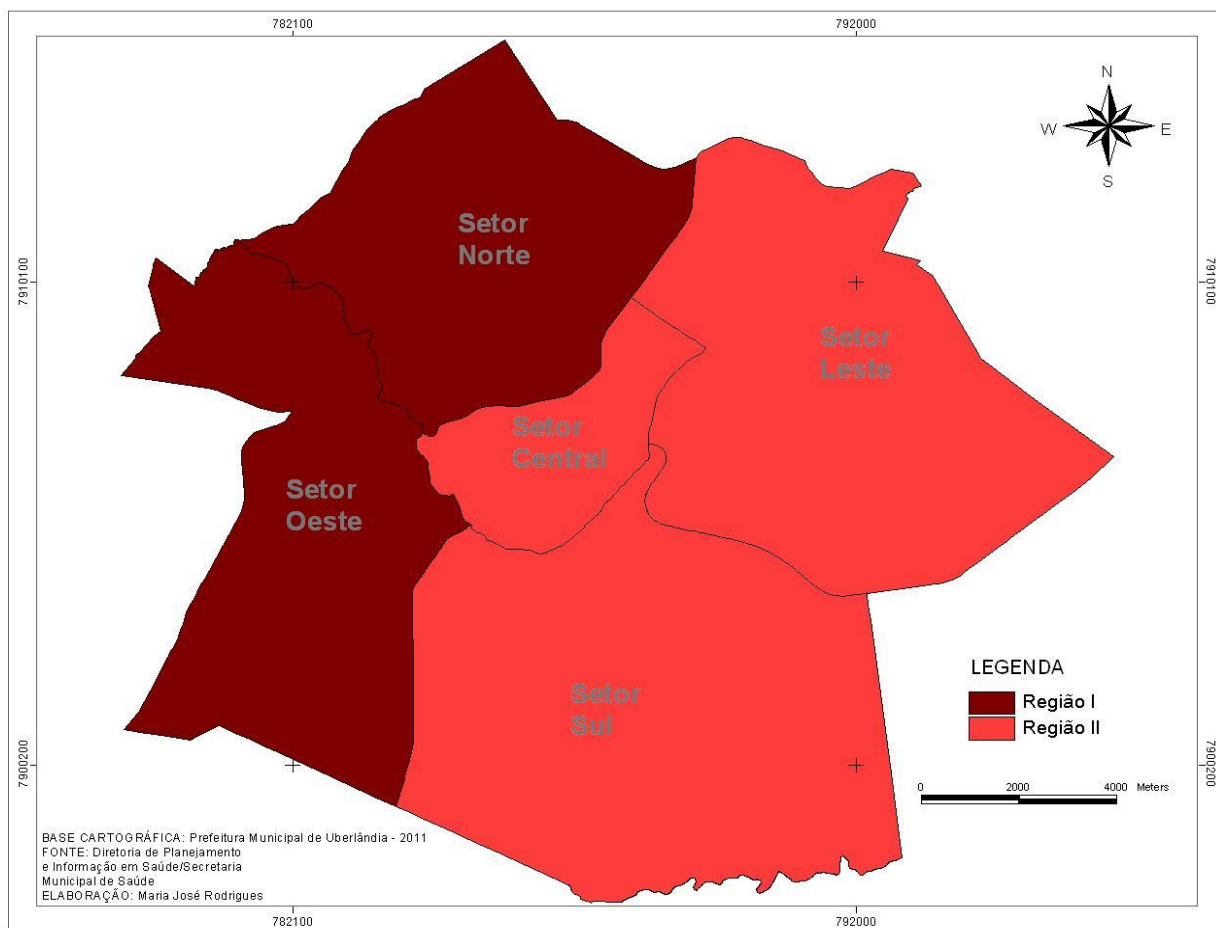
O atendimento especializado é ofertado aos pacientes que foram encaminhados pelo médico da Atenção Primária, que já deve ter explorado a natureza do problema do paciente e iniciou um trabalho de diagnóstico preliminar. A atenção especializada exige mais recursos que Atenção Primária, uma vez que necessita de uma tecnologia mais avançada. No entanto, não podemos esquecer que uma Atenção Primária bem organizada deve garantir a resolução de cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde da população e estabelecer vínculo sólido de corresponsabilização com a comunidade adscrita (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Para garantir o acesso a todos os níveis, o município adotou o princípio da regionalização do atendimento à saúde, com a divisão em cinco setores sanitários na área urbana que, por sua vez, são englobados em duas regiões de saúde intramunicipais. Assim, os Distritos de Miraporanga, Cruzeiro dos Peixotos, Martinésia estão referenciados para a Região I e Tapuirama, para a Região II.

Cada região abriga a população residente nos setores sanitários. Assim, a Região de Saúde Intramunicipal I corresponde ao agrupamento dos setores Norte e Oeste. Já a Região de Saúde Intramunicipal II abrange os setores Central, Leste e Sul,

conforme pode ser visto no mapa 12.

Mapa 12 - Cidade de Uberlândia: regiões intramunicipais de saúde, 2010.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, 2010.

As ações do Sistema Único de Saúde no Município são predominantemente realizadas pelas unidades municipais de saúde, incluindo assim o Hospital Municipal e pelo complexo Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU/UFU), da Universidade Federal de Uberlândia. A Secretaria Municipal de Saúde possui uma rede de atenção à saúde na qual a população é atendida por meio da divisão de áreas de abrangência com responsabilidade definida por unidade de saúde.

Os pontos de atenção à saúde da rede municipal de Atenção Primária estão distribuídos em cinco setores e compreendem 42 Equipes de Saúde da Família lotadas em 38 Unidades de Atenção Primária a Saúde da Família (UAPSF) com uma cobertura

populacional, em 2010, de 23 %, oito Unidades de Atenção Primária de Saúde (UAPS) convencionais e oito Unidades de Atendimento Integrado (UAI). Nas UAPS, há o atendimento ambulatorial nas áreas de clínica geral, pediatria, ginecologia, odontologia, psicologia, serviço social e atendimento de enfermagem com a cobertura populacional de atenção primária de 34% da população do município. E oito Unidades de Atendimento Integrado que oferecem diariamente atendimentos pré-agendados nos ambulatórios de Atenção Primária à Saúde para a população de suas áreas de abrangência com cobertura populacional de 34% (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE UBERLÂNDIA, 2010a).

As Unidades de Atendimento Integrado são unidades mistas, com Atendimento Ambulatorial na Atenção Primária e Pronto Atendimento funcionando 24 horas por dia todos os dias da semana. O atendimento ambulatorial acontece das 7h às 22h, com a instalação do Horário do Trabalhador. O atendimento de emergência de Odontologia, também funciona das 7h às 22h, de segunda a sexta-feira.

É importante relatar que estas são mais conhecidas pelo seu caráter de atenção secundária com pronto-atendimento em Clínica Médica, Pediatria, Traumatologia e, especificamente na UAI do Martins, o Pronto-Atendimento em Ginecologia e Obstetrícia. Outra característica importante das UAIs é que elas oferecem consultas especializadas, como: Angiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Infantil, Cirurgia Plástica, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Infectologia, Mastologia, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Proctologia, Psiquiatria, Urologia. Uberlândia conta com oito UAIs, são elas: Pampulha, Tibery, Planalto, Luizote, Roosevelt, Martins, Morumbi (apenas pronto-atendimento) e São Jorge. Nas Unidades de Atendimento Integrado também são realizados exames de apoio, diagnóstico de imagem e laboratório, dentre outros. Existem leitos para observação, sala de emergência e sala para pequenas intervenções cirúrgicas ambulatoriais. O quadro 7 demonstra como está distribuída a população de referência de cada UAI.

**Quadro 7 - Uberlândia: UAIs - população de referência para atendimento ambulatorial, especialidade, pronto-atendimento e farmácia - 2010**

Unidade	Atendimento Ambulatorial	Especialidade	Pronto Atendimento	Farmácia
UAI Roosevelt	49.440	108.138	108.138	103.837
UAI Tibery	52.330	94.842	102.864	94.842
UAI Planalto	27.247	78.949	93.737	93.737
UAI Pampulha	48.293	79.246	75.068	75.068
UAI Martins	50.458	74.628	74.628	74.628
UAI Luizote	27.774	86.268	86.268	74.595
UAI Morumbi	<sup>1</sup>	36.211	36.211	36.211
UAI São Jorge	12.520 <sup>2</sup>	48.536	48.536	<sup>3</sup>

Fonte: Uberlândia, 2010a

Org: Maria José Rodrigues, 2011

<sup>1</sup> A UAI Morumbi não tem atendimento ambulatorial. Este é realizado pelas UAPSFs do Núcleo Morumbi.

<sup>2</sup> O atendimento ambulatorial da UAI São Jorge é para crianças de risco, gestantes de risco habitual com intercorrência, idoso de risco e paciente do horário do trabalhador. Os atendimentos em Atenção Primária são oferecidos pelas UAPSFs do Núcleo São Jorge.

<sup>3</sup> A UAI São Jorge conta apenas com farmácia para o Pronto-Atendimento.

Deve-se ressaltar que a farmácia básica de referência para o Núcleo São Jorge está na UAPSF São Jorge II, que tem como população de referência 42.693 habitantes, com exceção da UAPSF Shopping Park, que conta com farmácia própria com população de referência de 3.192 habitantes.

A chamada média complexidade abrange ações e serviços cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Os grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais são os seguintes: procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio, cirurgias ambulatoriais especializadas, procedimentos traumato-ortopédicos, ações especializadas em odontologia, patologia clínica, anatomopatologia e citopatologia, radiodiagnóstico, exames ultrassonográficos, diagnose, fisioterapia, terapias especializadas, próteses e órteses e anestesia. (SIA/SUS, 2010).

No município de Uberlândia, as ações de Média Complexidade são oferecidas nas Unidades de Atendimento Integrado (UAIs), no Centro de Reabilitação Municipal (Fisioterapia), no Ambulatório de Oftalmologia, Ambulatório de DST/AIDS Herbet de Sousa, no Centro de Atenção ao Diabético, no Centro de Referência Saúde do Trabalhador, Fonoaudiologia, Programa de Lesões Lábio-Palatais e no Ambulatório Amélio Marques do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

A Alta Complexidade compreende o conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados. Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS com custo extremamente alto. As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise), assistência ao paciente com câncer, cirurgia cardíaca e de veias, colocação de marca passo, assistência em problemas dos ossos e articulações (juntas), procedimentos de neurocirurgia, assistência em oncologia, cirurgia de implante coclear, cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical, cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático, procedimentos em lábio leporino, procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono, assistência aos pacientes portadores de queimaduras, assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia para emagrecer), cirurgia reprodutiva, genética clínica, terapia nutricional, distrofia muscular progressiva, osteogênese imperfeita, fibrose cística e reprodução assistida. (SIA/SUS, 2010).

As ações de Alta Complexidade são prestadas nos Centros de Atenção Psico Social (CAPS), no Hospital de Clínicas (UFU) e Hospitais Privados conveniados ao SUS.

O quadro 8 evidencia a rede de assistência à saúde de média e alta complexidade formada por alguns hospitais privados credenciados ao SUS e diversas unidades de assistência de caráter municipal. É importante ressaltar que existem algumas unidades de saúde no Município que, de acordo com sua complexidade, são referências Municipais, Microrregionais e Macrorregionais como é o caso do Hospital das Clínicas, por exemplo.

**Quadro 8 - Uberlândia: Rede de assistência hospitalar pública e privada – 2010**

Tipo de Prestador	Prestador	Nível Assistencial	Grupos de Procedimentos
Público	Secretaria Municipal de Saúde - UAIs	Média complexidade	Clínica Médica Pediatria
	Hospital de Clínicas	Alta complexidade	Todas as especialidades
	Hospital e Maternidade Municipal de Uberlândia	Média e Alta Complexidade	Obstetrícia/Clínica Médica/Cirúrgica, UTI adulto e neonatal,
Privado	Hospital Santa Catarina	Alta Complexidade	Cardiologia
	Hospital São Francisco	Média Complexidade	Obstetrícia/Clínica Médica/Cirúrgica
	Casa de Saúde Santa Marta	Média Complexidade	Cirurgia/Pediátrica/ Clínica Médica
	Clínica Infantil Dom Bosco	Média Complexidade	Pediatria

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, 2011.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

Está em processo de implantação no município de Uberlândia o sistema SUS Fácil, utilizado pela Secretaria do Estado de Minas Gerais, e já utilizado pela Central Estadual. A Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados é um dos componentes modulares do Complexo de Regulação, sendo um instrumento da gestão que permite organizar, ordenar e controlar o referenciamento do atendimento especializado eletivo solicitado pela rede assistencial do SUS. Seu funcionamento iniciou-se em 1996, atendendo Uberlândia e municípios pactuados. Atualmente todas as Unidades que estão informatizadas têm o acesso “online” a Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados.

Os usuários da rede municipal de saúde contam com o prontuário eletrônico para



o acesso ao atendimento na atenção primária e em especialidades e, especialmente, no planejamento da destinação dos recursos públicos para a área de abrangência. O Cartão Municipal de Saúde é uma ferramenta adotada pela prefeitura no segundo semestre de 2011 que permite identificar o paciente e implantar o prontuário eletrônico. A partir da identificação do usuário, a Secretaria Municipal de Saúde tem condições de realizar um planejamento de acordo com a população de cada região da cidade. O direcionamento de recursos para a aquisição de medicamentos, materiais e corpo clínico para cada unidade depende do conhecimento populacional da cada território. Para Marco Túlio Ferreira, coordenador-geral da Atenção Primária à Saúde, “o Cartão Municipal de Saúde é uma garantia de que o dinheiro do munícipe de Uberlândia está sendo gasto com a população da cidade. Isso também é preconizado pelo Ministério Público”.

Ainda de acordo com o Coordenador da APS, outra função do cartão é possibilitar que a Secretaria Municipal de Saúde conheça individualmente cada paciente. No momento em que a pessoa for atendida, o médico terá acesso ao histórico clínico da mesma e, assim, poderá estabelecer um diagnóstico mais preciso. “O prontuário eletrônico organiza o atendimento na rede, já que todo o sistema está conectado. Se uma pessoa é atendida numa unidade básica e depois é encaminhada a UAI, o médico da UAI saberá, de forma ágil, exatamente como foi procedido o atendimento anteriormente, mesmo que tenha sido feito em unidades diferentes”, explicou coordenador.

O cadastro do Cartão Municipal de Saúde deve ser renovado anualmente. Para adquiri-lo, o morador de Uberlândia deve ir a qualquer unidade de saúde portando documentos pessoais para identificação (como RG, CPF, título de eleitor ou comprovante de quitação eleitoral) e para comprovação da condição de morador do município. Neste caso, são considerados, além do comprovante de endereço (contas de água, telefone e energia), a grade curricular e a declaração de frequência, no caso de estudantes, e carteira de trabalho, referente ao cidadão que exerce uma atividade no município.

### **3.3 - Atenção primária como foco prioritário das ações de saúde em Uberlândia**

Todos os níveis de atenção são igualmente importantes, porém a atenção primária deve ser prioritária, porque possibilita uma melhor organização e funcionamento também dos serviços de média e alta complexidade. Estando bem estruturada, ela reduzirá as filas nos prontos-socorros e hospitais, o consumo abusivo de medicamentos e o uso indiscriminado de equipamentos de alta tecnologia. Isso porque os problemas de saúde mais comuns necessitam ser resolvidos na atenção primária, deixando os ambulatorios de especialidades e hospitais cumprirem seus verdadeiros papéis, o que resultaria em maior satisfação dos usuários e utilização mais racional dos recursos existentes.

A Secretaria de Saúde de Uberlândia realizou em outubro de 2006, por meio de uma consultoria, o diagnóstico da situação de saúde no Município, sendo identificado um sistema complexo, fragmentado, em que os pontos de atenção não se comunicavam adequadamente e no qual a atenção primária à saúde não desempenhava seu papel fundamental de ordenar os fluxos e contrafluxos.

O modelo de atenção voltado para as condições agudas em relação às condições crônicas levava a uma situação de dupla carga das doenças com resultados muito desfavoráveis, porque as condições crônicas são responsáveis por 2/3 da carga das doenças (UBERLÂNDIA, 2010). A inexistência de diretrizes clínicas com base em evidências dificultava a normalização da atenção.

A atenção primária encontrava-se com limitações relacionadas à estrutura física das unidades, equipamentos, dificuldades no acesso às consultas, restrição no horário de atendimento e a ausência de educação permanente para os profissionais, sendo o gerenciamento da unidade de saúde voltado para atender as necessidades da equipe de saúde e não focado no cidadão. Essa situação gerava pouca resolutividade e falta de vínculo com a comunidade (UBERLÂNDIA, 2010). A situação também demonstrava um estrangulamento grave no acesso aos serviços especializados/atenção secundária com baixa oferta em alguns procedimentos e consultas médicas disponíveis na Central de Marcação de Consultas; falta de regulação do acesso nos serviços próprios e contratados; má-utilização das consultas disponíveis no Sistema Municipal de Saúde.

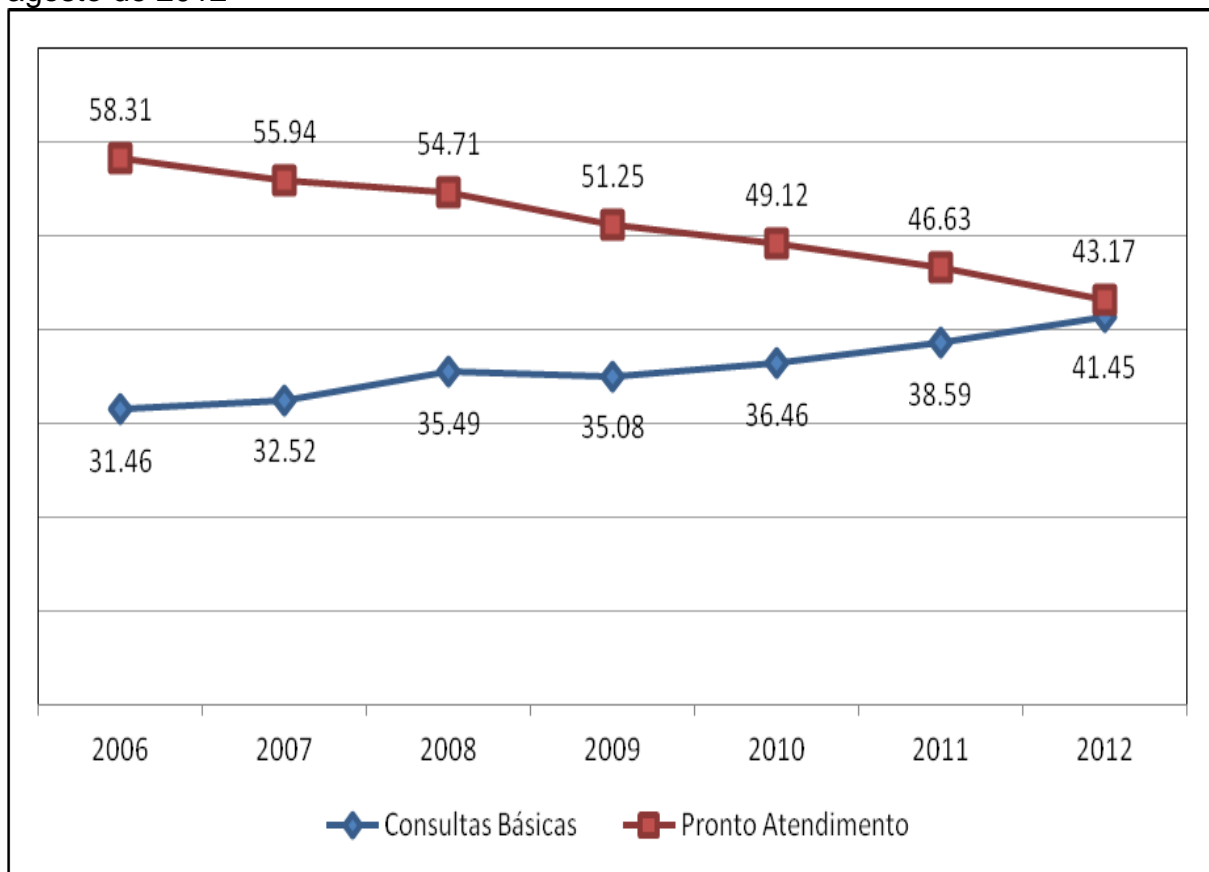
Por sua vez, os serviços da saúde do município de Uberlândia historicamente se organizaram em UAPS, ainda com a denominação de Unidade Básica de Saúde (UBS). No entanto, com a implantação das UAs, a partir de 1994, criou-se uma cultura de pronto-atendimento na população, na qual estas se transformaram na porta de entrada do Sistema Municipal de Saúde.

Quando se buscou relacionar a situação encontrada das consultas médicas aos parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), definidos da Portaria n.º 1101/GM de 12 de junho de 2002, os resultados revelaram excesso de consultas de urgência e emergência (45,7%, sobrepondo as consultas básicas que, por sua vez, representavam 26,8%). Desta forma, observou-se nítida inversão do modelo assistencial por meio do não-cumprimento do parâmetro recomendado, ou seja, 62,7% de consultas básicas e 15% de consultas de urgência e emergência. Esses dados comprovaram que a principal porta de entrada para os serviços eram os Pronto-Atendimentos das UAs e demonstrou a fragilidade do atendimento de Atenção Primária, evidenciando um dos principais nós críticos do sistema, reforçando a necessidade de reestruturação do Sistema Municipal de Saúde com foco na Atenção Primária à Saúde.

No entanto, as informações do sistema de consultas ambulatoriais de Uberlândia demonstra que, ainda em 2012, seis anos após a implantação do Plano Diretor de Atenção Primária, ainda há o predomínio de consultas de urgência (GRÁFICO 4). Ainda assim, esse predomínio é pequeno (3%), revelando uma tendência em as consultas básicas ultrapassarem as consultas de urgência já que essas vêm caindo uma média de 2% ao ano e aquelas vêm aumentando na mesma proporção.

O percentual das consultas de pronto atendimento vem diminuindo desde o processo de implantação do PDAP em 2007. Sendo o PDAP trabalha com classificação de risco e devolve o paciente para as unidades de atenção primária à saúde caso seja constatado que esse pode esperar atendimento nessas unidades no mesmo dia ou no dia seguinte. No entanto outra questão deve ser levantada os usuários trabalhadores tem muita dificuldade em conseguir consultar nas unidades de atenção primária que só funcionam em horário comercial o que muitas vezes o faz procurar os serviços de urgência e emergência para casos que poderiam ser resolvidos na atenção primária.

Gráfico 4 - Uberlândia: evolução das consultas básicas e de pronto atendimento, 2006 – agosto de 2012



Fonte dos dados: Diretoria de Planejamento e Informação em Saúde, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

De acordo com a Diretoria de Planejamento e Informação em Saúde, para a organização da APS no município foi implantado, a partir de 2007, o PDAP que, segundo ela

(...) é uma política do estado da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais e desde então, 2007, nós estamos organizando toda a APS com as diretrizes do PDAP. Então faz parte do PDAP: Acolhimento com Classificação de risco, Gestão da Qualidade, territorialização, cadastro, protocolos, linhas guias. A política adotada pela SMS desde 2007 está dentro das diretrizes do PDAP, isso trouxe um avanço muito grande. Porque, com o PDAP a atenção primária coordena toda a rede de atenção. Nós trabalhamos toda a rede de atenção do município tendo a atenção primária como coordenadora dessa rede. (DIRETORIA DE PLANEJAMENTO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE, 2012)

Com a adoção do PDAP, que faz parte das ações da Macro Prioridade “Fortalecimento do Planejamento e Gestão em Saúde”, houve a adoção de uma política municipal de organização da rede de serviços de saúde municipal, orientando todo o funcionamento e a necessidade de gerar uma responsabilidade compartilhada para o enfrentamento dos problemas em saúde do município de Uberlândia. Em se tratando de políticas de saúde, não é possível adotar ações isoladas. Mesmo os setores que não estão envolvidos diretamente devem se sentir de alguma forma preocupados com as ações propostas. Neste sentido, para garantir o direito do cidadão uberlandense à saúde é necessário uma mudança estratégica, capaz de transformar a realidade, na qual a compreensão, o apoio e a participação direta de cada setor no desenvolvimento das ações passa a ser entendida como uma responsabilidade de todos.

É importante ressaltar que compete também ao município formular e implementar a política de gestão democrática e participativa do SUS, fortalecer a participação popular e os mecanismos de controle social, bem como articular as ações do Ministério da Saúde relacionadas aos condicionantes e determinantes da saúde, à promoção da ética e da equidade em saúde.

Para a Coordenadora do Distrito Sanitário Sul, com o PDAP, a classificação de risco e a melhoria da atenção básica, existe a possibilidade de

(...) fidelizar o paciente e fazer ele entender que o responsável por ele é a APS. Sendo que ele não precisa ir só no pronto atendimento, quando ele precisar. A partir do momento que você organiza uma agenda para o paciente de condição crônica e ele entende que ele tem consultas garantidas no serviço ele não tendo agudização não procurará o pronto atendimento. E o pronto atendimento faz uma classificação de risco porque ele prioriza risco, quem está mais grave tem que ser atendido primeiro e quem está menos grave aguarda e nessa teoria nós começamos a devolver paciente para a APS. Nós garantimos na agenda das UAPSFs, UAPS e ambulatório das UAls vagas já marcadas para eles devolverem o paciente. Então se chegava um paciente que não tinha gravidade e não era urgência ele vai demorar muito para ser atendido conversava-se com esse paciente e o encaminhava para a unidade de APS de referência. Nós garantimos o mínimo de vagas lá na unidade. (COORDENADORA DO SETOR SANITÁRIO SUL, 2012).

O processo de fidelização do usuário e a classificação de risco com a garantia de atendimento nas unidades de atenção primária no mesmo dia ou no dia seguinte para casos sem gravidade está proporcionando uma mudança de paradigma na APS, permitindo que a população perceba a importância da prevenção dos agravos, da

promoção da saúde e principalmente a ideia de que quem é responsável pelo cuidado do paciente é a atenção primária, devendo essa ter o papel de coordenar a atenção aos usuários.

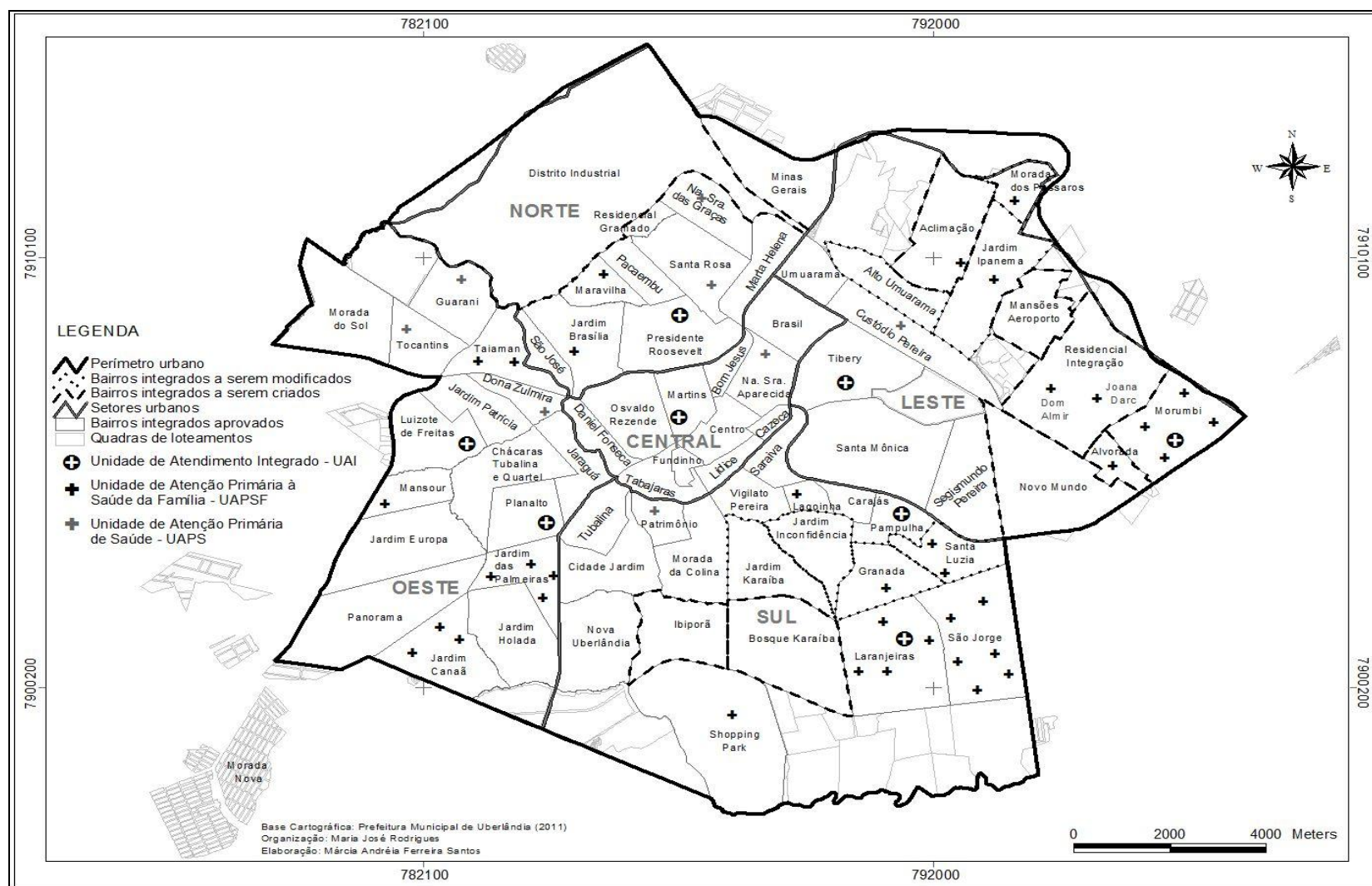
Ao analisar a organização de redes regionais de atenção à saúde no SUS, Göttems e Pires (2009) afirmam que atenção básica tem tido pouca influência no reordenamento do mercado de bens e serviços de saúde, contribuindo de forma modesta para mudanças no modelo de atenção à saúde no país.

Argumenta-se que não é propriamente a atenção básica, mas a relação entre os níveis de atenção do SUS, o ponto estratégico para se operar as mudanças necessárias ao modelo de saúde vigente. A interface das UBS com urgências, serviços especializados e de diagnóstico confere maior adensamento tecnológico, resolubilidade e organização dos fluxos de usuários para continuidade da assistência. Uma vez mais bem articulada a AB com MC, tende-se a impactar nas ações de alta complexidade do SUS, racionalizando a utilização dos serviços a partir das demandas da população. (GÖTTEMS E PIRES, 2009, p. 196)

Na tentativa de melhorar e ampliar o acesso à atenção primária à saúde, o município de Uberlândia vem adotando uma política de acesso a partir de três modalidades de serviços de saúde, a saber: Unidade de Atendimento Integrado (UAIs); Unidades de Atenção Primária de Saúde (UAPS) e Unidades de Atenção Primária de Saúde da Família (UAPSF). (MAPA 13).

A partir de janeiro de 2012, as unidades de saúde dos bairros Nossa Senhora das Graças, Santa Rosa e Custódio Pereira passaram a incorporar 23 mil novos usuários, que até então utilizavam o Ambulatório Amélio Marques do Hospital de Clínicas da UFU, que deixou de realizar consultas de atenção primária nas especialidades de clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, a partir de um Termo de Ajustamento de Conduta junto ao Ministério Público Federal. Tal medida se coaduna com a função precípua do referido hospital, que é o atendimento de média e alta complexidade. As Unidades de Atenção Primária de Saúde (UAPS) são unidades básicas de atendimento aos usuários do SUS em Uberlândia, nas quais a comunidade deverá conseguir resolver a maioria dos problemas, com qualidade.

**Mapa 13 - Cidade de Uberlândia: localização das unidades que oferecem atendimento na Atenção Primária à Saúde, 2012.**



Cada unidade de saúde é responsável pela saúde de todos os habitantes de uma determinada região da cidade, chamada de área de abrangência. Todo planejamento das ações de saúde da unidade deve ser direcionado para esta comunidade, obedecendo as situações socio-econômicas e priorizando grupos de risco.

De acordo com Uberlândia (2010, p.5), a “área de abrangência de uma Unidade de Saúde é definida segundo a distribuição geográfica dos serviços e dos pacientes, mantendo a relação entre a forma como os serviços organizam-se para atender melhor a comunidade.”

É importante relatar que a delimitação da área de abrangência é um fator importante para identificar quantitativamente a população residente nas localidades que circundam uma determinada Unidade de Saúde, procurando estabelecer limites territoriais. Obedecer aos parâmetros de cobertura assistencial de atenção primária e média complexidade, possibilitar e facilitar o acesso dos pacientes a estas unidades na busca da resolutividade deve ser outro aspecto importante.

A Estratégia Saúde da Família considera alguns requisitos importantes para a delimitação das áreas e microáreas de atuação. Essas unidades são delimitadas em função da área de abrangência de uma unidade de saúde. As UAPSF delimitam-se em função do fluxo e contrafluxo de trabalhadores de saúde e da população num determinado espaço, já as microáreas são definidas seguindo a lógica da homogeneidade socioeconômico-sanitária, isto é, a identificação de espaços onde se concentram grupos populacionais mais ou menos homogêneos, de acordo com suas condições de vida, dentro de um território delimitado. Para Pereira e Barcellos (2006), a territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho na ESF. Esta tarefa adquire ao menos três sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existentes nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência.

Assim, percebe-se a preocupação em operacionalizar o conceito de território sem, no entanto, uma discussão sobre os seus múltiplos sentidos. Esta lacuna pode ser constatada pela pequena participação de geógrafos em todos os níveis dessa Estratégia, no âmbito do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de



Saúde. Quando se considera um determinado local delimitado pela ESF, pode-se falar de uma configuração territorial que tem determinados atributos. Essas características, naturais ou elaboradas pelo homem influem no processo saúde-doença da população. O reconhecimento dessa relação é um passo importante para a incorporação de conceitos e práticas da Geografia na ESF. O território, neste caso, seria mais que um repositório de atributos da população, mas também o lugar da responsabilidade e da atuação compartilhada. No entanto, segundo levantamento realizado por entrevistas, os técnicos da ESF veem a comunidade como um aglomerado “amorfo, indistinguível, desorganizado” (PEDROSA e TELES, 2001).

Por este motivo, é importante focalizar políticas públicas que abarquem as diferenças existentes entre conjuntos de microáreas e territórios, pois as características que os distinguem são importantes para se introduzir as variáveis localização e topologia nos estudos de saúde, utilizando ferramentas nas quais os atributos das diversas áreas podem ser considerados e discutidos em conjugação com a estrutura espacial que os suporta (BARCELLOS E BASTOS, 1996).

Os sistemas de saúde também se organizam em uma base territorial, o que significa dizer que a distribuição dos serviços de saúde segue uma lógica de delimitação de áreas de abrangência que devem ser coerentes com os níveis de complexidade das ações de atenção. As diretrizes estratégicas do SUS (Lei 8080) têm uma forte relação com a definição de território. O município representa um dos níveis nos quais se decide sobre as políticas locais de saúde. Nesse território, as práticas de saúde avançam para a integração de ações de atenção, prevenção e promoção, de forma que as intervenções sobre os problemas sejam também sobre as condições de vida das populações.

O município de Uberlândia possui oito Unidades de Atenção Primária de Saúde (UAPS) onde são disponibilizados atendimento médico nas clínicas básicas (Clínica Geral, Pediatria e Ginecologia-Obstetrícia). As Unidades de Atenção Primária de Saúde (UAPS) estão localizadas nos seguintes bairros: Brasil, Custódio Pereira, Dona Zulmira, Guarani, Nossa Senhora das Graças, Patrimônio, Santa Rosa e Tocantins.

As Unidades de Atenção Primária de Saúde da Família (UAPSF) têm como principal objetivo oferecer às famílias serviços de saúde preventiva e curativa em suas

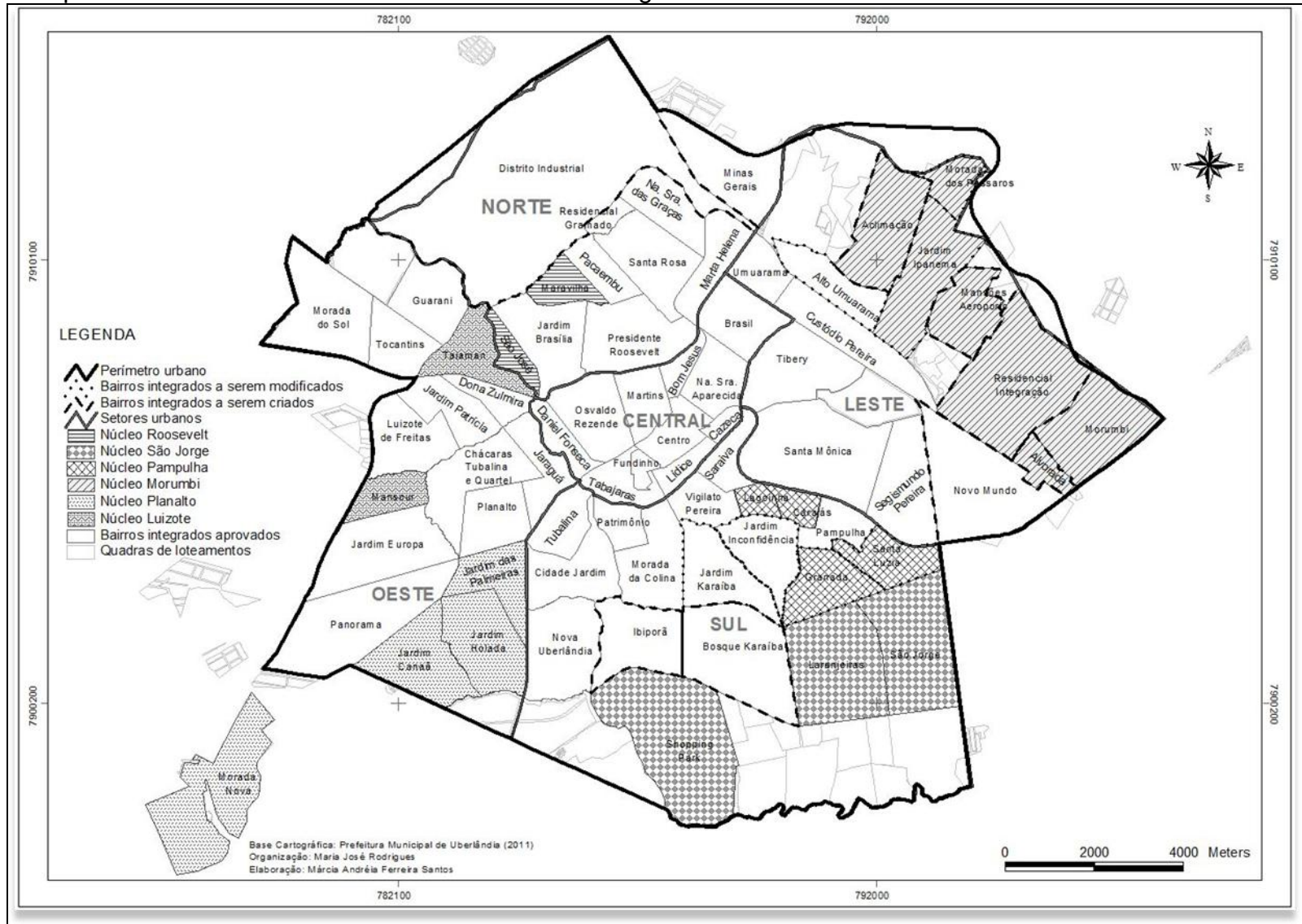
próprias comunidades. São 42 equipes (MAPA 14), distribuídas em 38 Unidades de Saúde, sendo duas equipes de Zona Rural, onde são oferecidos atendimentos básicos de saúde por equipe composta por Médico Generalista, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, totalizando 418 profissionais. Contam com uma população cadastrada de 53.692 famílias. No ano de 2010, foram realizadas 191.140 consultas médicas e 392.931 visitas domiciliares (UBERLÂNDIA, 2011).

Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS municipal assumiram o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde, em 2006, devendo este ser anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde, com ênfase nas necessidades de saúde da população e implicando o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

De acordo com Uberlândia (2010), o Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Já o Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas, no sentido de reforçar o SUS como política de Estado, mais do que política de governos, e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal.

Na tentativa de buscar a mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade, foram revitalizados vários Conselhos de Saúde, dentre eles: Conselho Distrital Central, Oeste, Norte, Sul e Leste. Também foram criados os seguintes Conselhos: Conselho de Núcleo São Jorge, Conselho de Núcleo Pampulha; Conselho Local Morumbi e Conselho Local Brasil. Outro passo fundamental para o Conselho Municipal de Saúde foi a instituição de Comissões Temáticas de Trabalho, constituídas para atividades específicas. Essas Comissões detêm um número determinado de membros, que se caracterizam como responsáveis pelo andamento das atividades e produtos das referidas Comissões, não havendo qualquer impedimento de participação da sociedade nas suas Reuniões ou outras atividades. No entanto, os usuários pouco ficam sabendo

Mapa 14 - Cidade de Uberlândia: Núcleos da Estratégia de Saúde da Família - 2012



dessas reuniões já que, em pesquisa de campo realizada para coleta de informações, não visualizamos em nenhuma das UAPSF visitadas qualquer menção as reuniões desses conselhos.

O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. O município de Uberlândia aderiu ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG) no ano de 2007, no qual foram estabelecidas suas metas e compromissos, dentre elas: redução da mortalidade materna e infantil, redução da mortalidade por câncer de colo de útero e mama e controle da dengue.

A elaboração do Plano Municipal de Saúde 2010-2013 faz parte das ações da Macro Prioridade “Fortalecimento do Planejamento e Gestão em Saúde”, da Agenda de Compromisso 2009, sendo o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAP) parte desse plano.

O Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAP) foi implantado a partir de 2007, sendo este um Projeto do Governo do Estado de Minas Gerais que tem como objetivo dar um choque de qualidade na atenção primária à saúde, visto que o fortalecimento da atenção primária é o eixo fundamental para a reorientação do modelo assistencial do SUS, sendo resolutivo para cerca de 80% das necessidades de atenção à saúde da população. Este plano prevê a reorganização do sistema de saúde e a construção de redes integradas de atenção. Dessa forma, a Secretaria Municipal de Saúde, em uma ação coordenada com a Secretaria Estadual de Saúde, iniciou a implantação do PDAP em abril de 2007. Dentre as intervenções do PDAP estão as seguintes:

- Normalização da atenção primária à saúde por meio do Manual da Atenção Primária à Saúde;
- Diagnóstico local da atenção primária à saúde: os processos de territorialização, o cadastramento das famílias por riscos sócio-sanitários e a definição da situação local;
- Implementação dos processos de trabalho, o que envolve os processos de humanização e acolhimento dos usuários, a organização da atenção programada por ciclos de vida e com base em riscos e a organização da atenção às urgências por graus de risco;
- Implementação da vigilância em saúde por meio das ações de atenção primária em vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e vigilância ambiental;
- Implantação dos sistemas logísticos como o cartão municipal de saúde, o prontuário familiar eletrônico, as relações com o sistema de transporte sanitário e com a central de regulação;
- Implantação do programa de qualidade da atenção primária à saúde com o processo de

certificação das equipes e com as oficinas de qualidade;

- Implantação da gestão da clínica por meio da elaboração e implantação das linhas-guia com a utilização da tecnologia de gestão de patologia - o que implica a programação por riscos, o contrato de gestão, o sistema de monitoramento eletrônico, a educação permanente dos profissionais da atenção primária e de educação em saúde dos usuários – e da tecnologia de auditoria clínica. (UBERLÂNDIA, 2010 p. 33)

Ainda de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, a operacionalização do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde se deu por meio da

Aplicação dos instrumentos de gestão da clínica; Da realização do diagnóstico local da Atenção Primária em Saúde; Programação e organização da assistência incluindo a rede de urgência e emergência; Monitoramento e o contrato de gestão; Implantação do Programa de Educação Permanente; Continuidade do incentivo financeiro e do investimento em infra-estrutura e equipamentos. (UBERLÂNDIA, 2010, p. 34)

Para a implantação do PDAP foram realizadas oito oficinas com os seguintes temas: As Redes de Atenção à Saúde, Análise da Atenção Primária à Saúde no Município, O Diagnóstico Local, Programação Local e Municipal, A Organização da Atenção a Demanda Espontânea, O Prontuário Família, A Abordagem Familiar, O Monitoramento e Contrato de Gestão.

Um dos nós críticos identificados no diagnóstico local foi que a porta de entrada para os serviços de saúde eram os pronto-atendimentos das UAs. Dentro do planejamento optou-se por antecipar a organização da rede de urgência e emergência, implantando o Acolhimento com Classificação de Risco em todos os pontos de atenção da rede municipal de saúde.

Para que o atendimento seja realizado de acordo com as necessidades de saúde da população, todo paciente atendido pela Rede Municipal de Saúde recebe uma classificação de acordo com sua prioridade clínica de risco de vida. São elas:

- Emergência: Caso gravíssimo, com necessidade de atendimento imediato – Risco de morte;
- Muito urgente: Caso grave, com necessidade de atendimento em até 10 minutos- Risco significativo de evoluir para morte;
- Urgente: Caso de gravidade moderada, com necessidade de atendimento médico – sem risco imediato;
- Pouco urgente: Caso para atendimento preferencial nas Unidades de Atenção Primária;
- Não urgente: Caso para atendimento na Unidade de Saúde de Atenção Primária mais próxima da sua residência. (UBERLÂNDIA, 2010a, p.2)

Com o acolhimento pela Classificação de Risco em todas as unidades de saúde do Sistema Municipal tem-se priorizado a situação clínica de risco de vida. Os usuários são orientados sobre como proceder em determinadas situações, principalmente quando os casos são simples, podendo ser resolvidos nas UAPSF, UAPS e nas consultas ambulatoriais das UAI, desfogando, assim, os serviços de urgência e emergência.

Para a Diretora de Planejamento e Informação em Saúde, isso está sendo feito desde 2007 com a implantação do Plano Diretor, sendo necessário fixar o paciente na atenção primária e mudar essa cultura de muitos anos de buscar o pronto-atendimento das UAIs.

Quem chega na atenção primária e se integra ao PDAP, a APS consegue resolver cerca de 80% dos agravos. Por exemplo, se é Hipertenso e vai às consultas que o protocolo determina resolve. Agora o que nós precisamos é fortalecer cada vez mais, é melhorar esse acesso cada vez mais para que as pessoas não busquem o pronto-atendimento. (DIRETORA DE PLANEJAMENTO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE, 2012).

A política adotada pela Secretaria Municipal de Saúde, desde 2007, foi norteada pela diretrizes do Plano Diretor da Atenção Primária; isso trouxe um avanço importante, porque, dentro do PDAP, a atenção primária é quem coordena a rede de atenção. Por exemplo, a Rede Materno Infantil, que é o Programa Mãe Uberlândia<sup>4</sup>, está toda desenhada nessa rede: desde quando a gestante é captada mais precocemente pelas equipes de atenção primária até ela ter o seu bebê, no Hospital Municipal ou no Hospital de Clínicas da Universidade. Nesse dois casos, no Hospital Municipal ou no Hospital de Clínicas, a nova mãe sai de lá com a consulta marcada tanto para ela quanto para o bebê na unidade de atenção primária de

---

<sup>4</sup> O Programa Mãe Uberlândia integra o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e tem como propósito a melhoria da qualidade do pré-natal, a garantia do acesso ao parto, com a complexidade e qualidade necessária, a consulta puerperal precoce, com vistas à detecção e manejo das possíveis complicações, bem como o reforço do estímulo ao aleitamento materno e acompanhamento adequado do recém nascido. Como marco inicial do processo, as Unidades de Saúde da Atenção Primária acolhem as gestantes, programando o acompanhamento da gravidez. As gestantes são convidadas a participar de oficinas de preparação ao parto e aleitamento materno. Na maternidade, as mães são visitadas no pós-parto por assistentes sociais do programa, recebendo orientações a respeito do calendário de vacinação e a importância do retorno à unidade de saúde onde realizou o pré-natal, realizando o agendamento desta consulta. Como forma de incentivo à participação no Programa, as gestantes cadastradas no SISPRENATAL e participantes de no mínimo três oficinas de esclarecimento da importância do pré-natal, parto e puerpério recebem uma bolsa Mãe Uberlândia contendo peças de enxoval da criança.

referência. Então toda essa organização foi feita por meio da organização de rede. (DIRETORA DE PLANEJAMENTO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE, 2012)

Para Mendes (2007), a Rede de Atenção à Saúde deve ser a organização horizontal de serviços de saúde, com o centro de comunicação na atenção primária à saúde, que permite prestar uma assistência contínua à determinada população - no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa - e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a essa população.

De acordo com Uberlândia (2010), a Atenção Primária à Saúde, que tem como objetivo oferecer a entrada no sistema de saúde para todas as necessidades e problemas, deve fornecer atenção sobre as pessoas no decorrer do tempo para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras. Coordenada pela atenção primária à saúde e integrando a atenção a um sistema em rede de promoção, prevenção e assistência integral à saúde, tendo como indicador a média anual de consultas médicas por habitantes nas especialidades básicas, foi definido um conjunto de ações a serem realizadas entre os anos de 2010 e 2013. (QUADRO 9).

**Quadro 9 - Uberlândia: ações para a Atenção Primária a Saúde - 2010/2013**

Ações	Anos
Ampliar 14 equipes de ESF	2010-2013
Efetivar a programação local, contratos de gestão e monitoramento em 100% das unidades de atenção primária a saúde	2010-2013
Efetivar a adesão dos profissionais de saúde nas linhas-guias (guidelines) e os protocolos clínicos nas unidades de atenção primária a saúde	2010-2013
Adequar 100% das unidades de Saúde com equipamentos	2010-2013
Adquirir Maleta de Urgência e Emergência para 100% das unidades de saúde	2010-2013

Fonte: Uberlândia, 2010.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

As ações propostas para o quadriênio 2010-2013 estão sendo executadas: foram implantadas cinco novas equipes de saúde da família e, no setor sul, o monitoramento das UAPSF está acontecendo via certificação de selos de qualidade.

Os programas de certificação vêm sendo estimulados pelo Ministério da Saúde e são adotados como uma maneira positiva de melhorar o atendimento nas unidades de saúde.

A iniciativa da entrega dos selos de qualidade surgiu a partir do Plano Municipal de Saúde 2010-2013 que, em suas ações de planejamento e gestão, propôs implantar o Programa Gestão da Qualidade em 100% das unidades de atenção à saúde, com a certificação das mesmas. Para a certificação das unidades foram desenvolvidas três categorias para os selos: bronze, prata e ouro. Cada uma reflete o nível de qualidade no qual a equipe de saúde se encontra. O selo é entregue pela melhora da qualidade na prestação de serviço à saúde, à medida que as unidades melhoram no processo. Para receberem, as unidades devem cumprir um conjunto de ações propostas, com o compromisso de investir na melhoria contínua da qualidade das ações, serviços e práticas de saúde, assim como no fortalecimento dos sistemas de monitoramento e avaliação, instrumentos essenciais na gestão.

De acordo com a metodologia, foi capacitado um grupo de avaliadores de 30 profissionais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para realizar o diagnóstico e certificar as UAPSFs e UAPSs, considerando três grandes eixos de análise distintos e integrados, os quais compõem o instrumento de avaliação para o diagnóstico, são eles: **Gestão da Unidade; Princípios da Atenção Primária:** Primeiro Contato; Longitudinalidade; Integralidade da atenção; Coordenação; Centralização na Família; Orientação Comunitária; e **Vigilância à Saúde.**

Em Uberlândia, durante todo o ano de 2011, esses 30 avaliadores de diversas áreas percorrem todas as UAPSFs do município para fazer o diagnóstico dos processos de funcionamento, intervenção, interação e analisar as estratégias executadas por estas unidades. Neste período, relatórios foram gerados e os profissionais orientados a desenvolver planos de ação para uma melhor organização do trabalho realizado no atendimento aos usuários. Neste processo, 39 equipes receberam o selo bronze. Os selos de mérito em qualidade na prestação de serviços foram emitidos pelo Programa Gestão da Qualidade em Saúde, criado pela Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia. As linhas guias e os protocolos clínicos estão sendo seguidos, pois, para receber o selo bronze era preciso adequar o atendimento aos protocolos.

No ano de 2012, 39 equipes de saúde da família receberam o selo prata de



qualidade. Para a coordenadora da UAPSF Taiaman I, que foi uma das coordenadoras que recebeu o selo prata, a conquista é a prova de que os processos implantados dentro da unidade contribuíram para melhorar o trabalho dos profissionais e o atendimento ao público.

Hoje trabalhamos em sintonia com as demais unidades municipais, por meio da classificação de risco, o que agiliza o acolhimento e o encaminhamento do usuário de acordo com a sua necessidade. Isso ajuda a otimizar o trabalho, identificando de forma padronizada as demandas da população para oferecer um atendimento mais adequado. (COORDENADORA DA UAPSF TAIAMAN I, 2012).

Pela iniciativa própria de implantar o Programa Gestão da Qualidade, a Prefeitura de Uberlândia foi reconhecida pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. A experiência de certificação foi premiada em abril deste ano com o Prêmio Mineiro de Boas Práticas na Gestão Municipal, com a chancela da União Brasileira para a Qualidade (UBQ), realizada pela Associação Mineira dos Municípios (AMM). O prêmio incentiva os integrantes das prefeituras dos municípios mineiros a contribuírem para a modernização da gestão pública, melhorando, assim, os serviços prestados à população.

Ainda sobre reconhecimento dos serviços prestados pelas unidades de saúde do município, a UAI Pampulha, administrada por contrato de gestão pela Missão Sal da Terra, foi acreditada pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

A acreditação é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) fator estratégico para o desenvolvimento da qualidade da Saúde. O título obtido pela UAI Pampulha é o segundo concedido a uma unidade pública municipal. A primeira certificada foi a UAI São Jorge, também administrada pela Missão Sal da Terra, em julho de 2010.

Uberlândia foi a primeira cidade no país a obter a acreditação para uma unidade pública de pronto-atendimento. Em outras cidades, a acreditação até então era concedida somente para complexos hospitalares. O processo para obter a certificação começou em 2007, quando a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) implantou um programa de Gestão de Qualidade com o objetivo de melhorar os procedimentos de atendimento à população. Por meio do programa, profissionais das unidades de saúde agiram como multiplicadores e orientaram outros profissionais a adotar critérios mais rigorosos no acolhimento aos usuários. Para isso, foram realizados diversos treinamentos e grupos de trabalho. O aprimoramento

operacional das UAIs São Jorge e Pampulha para obter a acreditação da ONA levou cerca de um ano e meio. Após esse processo, as UAIs foram avaliadas por especialistas do Instituto Qualisa de Gestão (IQG), agência vinculada à ONA e responsável pela certificação e implementação de programas de gestão de qualidade em organizações prestadoras de serviços de saúde.

No diagnóstico realizado na UAI Pampulha, em setembro de 2011, os especialistas destacaram pontos como: atuação com a Secretaria Municipal de Saúde para implementação da Política de Gestão da Qualidade; desenvolvimento do Projeto Aninhar, que atende mães e recém-nascidos; inclusão do educador físico na equipe multidisciplinar e montagem de grupos de trabalho para melhoria dos processos. Alguns aperfeiçoamentos também foram sugeridos para uma avaliação final e, em janeiro de 2012, os especialistas retornaram ao Município e acreditaram a UAI Pampulha com o certificado.

De acordo com a Diretora de Planejamento e Informação em Saúde da SMS, um certificado como o da ONA é uma comprovação para os usuários de que aquele estabelecimento funciona de acordo com metodologias consolidadas de atendimento em saúde. Uma atenção que é continuamente reavaliada para a manutenção da qualidade. Ainda de acordo com a diretora

A acreditação mostra que estamos no caminho certo com as mudanças promovidas no modelo de gestão das unidades. É um trabalho constante, no qual os profissionais são impulsionados a aprofundar os conhecimentos e agirem de forma mais minuciosa no acolhimento ao usuário. Isso tem proporcionado resultados cada vez mais satisfatórios e seguros, fazendo com que a nossa atuação se tornasse uma referência no país e atraísse representantes da saúde pública de diversas localidades, interessados em conhecer e implantar metodologia semelhante à que desenvolvemos. (DIRETORA DE PLANEJAMENTO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE, 2012).

Além disso, Uberlândia foi bem avaliada recentemente pelo Ministério da Saúde ao aderir ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Das 16 unidades inscritas no Programa, cinco foram consideradas com desempenho ótimo e 10 com desempenho bom. O município, a partir da adesão ao programa, começou a receber 20% do PAB-Qualidade. Após avaliação externa, as equipes, de acordo com seu desempenho, receberem entre 60% e 100% dos recursos.

Entre as melhorias proporcionadas pela certificação estão as seguintes: Exigência do Cartão Municipal de Saúde nos atendimentos na Unidade; atualização

do mapa da área de abrangência, incluindo os equipamentos sociais; implementação do Protocolo de Manchester para o atendimento de urgência e emergência; Efetivação da Estratificação de Risco por ciclo de vida (criança, adolescente, adulto, gestante, idoso); Planejamento de ações para a busca ativa dos diabéticos e hipertensos, entre outros.

Apesar de todo o processo de certificação, de busca da melhoria da qualidade do município em Atenção Primária a Saúde, Uberlândia oferece pouca cobertura da ESF para sua população já que, desde o processo de implantação da ES, a cobertura populacional ampliou pouco. Lembrando que em 2003, quando foi implantado a ESF, foram 30 equipes iniciais e, em 2012, nove anos após, 42 equipes estavam em funcionamento, cobrindo 23% da população. A situação demonstra que o município não segue a orientação da ABS que prevê que é preciso consolidar e qualificar a Estratégia de Saúde da Família como modelo de ABS e centro ordenador da rede de Atenção a Saúde no SUS.

O estudo de Mendes (2009) evidencia que os gastos com atenção primária à saúde (baixa complexidade) são bem menores do que os comparados com atenção secundária (média complexidade) e terciária (alta complexidade). No entanto, as evidências nos mostram que, no caso de Uberlândia, nos últimos oito anos, houve investimentos para a construção de duas novas Unidades de Atendimento Integrado (média complexidade) e do Hospital Municipal, privilegiando assim, a média complexidade.

Mesmo com a cobertura em APS em todo o município, ainda são elevados os índices de consultas de urgência e emergência (43,17%). Eles estão muito acima do recomendado pelo Ministério da Saúde, segundo o qual o índice deve oscilar em até 15% para esse tipo de consulta no Sistema Municipal de Saúde. As consultas básicas deveriam ser cerca de 60% das consultas, no entanto somam 41,45%, sugerindo que ainda falta reforçar o papel da APS como porta de entrada do sistema municipal de saúde de Uberlândia.

É necessário implementar uma concepção abrangente e integral de atenção primária, construindo sistemas de saúde orientados por esta atenção, articulados em rede, centrados no usuário e que respondam a todas as necessidades de saúde da população. Assim, a integração da atenção primária ao sistema é condição para se contrapor a uma concepção seletiva da atenção primária em saúde com programa paralelo, com cesta restrita de serviços de baixa qualidade, dirigido a pobres. Por

sua vez, a atuação intersetorial é condição para que a atenção primária não se restrinja ao primeiro nível, mas seja base e referência para toda a atenção, contemplando aspectos biológicos, psicológicos e, principalmente, sociais, e incida sobre problemas coletivos nos diversos níveis de determinação dos processos saúde-enfermidade, promovendo saúde para a população.

### **3. 4. Algumas reflexões sobre a implantação da Estratégia de Saúde da Família em Uberlândia**

O município de Uberlândia, quando comparado com outros municípios de Minas Gerais, decidiu tardiamente pela implantação da ESF. Essa estratégia foi implantada em Contagem, Betim, Juiz de Fora, Montes Claros, Ribeirão das Neves, Uberaba e Governador Valadares, municípios de porte populacional semelhante ainda na década de 1990.

No início de 2003 decidiu-se pela implantação da ESF em Uberlândia, elaborando-se uma planilha de critérios de análise para escolha das primeiras áreas a serem objetos de intervenção da estratégia. Levou-se em consideração os bairros e a população existentes em 2001, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE); critérios sócio-econômicos, a acessibilidade à unidade e indicadores de atenção básica como óbito infantil, óbito total, peso ao nascer, gravidez na adolescência e doenças cardiovasculares. Além disso, foi realizado o levantamento da necessidade de recursos humanos, equipamentos e infraestrutura para o funcionamento das unidades de saúde.

Em abril de 2003, foram implantadas as primeiras equipes de saúde da família na região do Núcleo Morumbi. Deve-se destacar que em 1999 a Secretaria Municipal de Saúde já havia planejado a implantação do Programa Família Saudável, baseado nos princípios do PSF. Entretanto, este projeto teve dificuldades no seu processo de implantação.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006) são itens necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família:

I - existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes

comunitários de saúde;

II - número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família;

III - existência de Unidade Básica de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para o atendimento das Equipes de Saúde da Família que possua minimamente:

a) consultório médico e de enfermagem para a Equipe de Saúde da Família, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência;

b) área/sala de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade;

c) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à Saúde;

d) garantia dos fluxos de referência e contrarreferência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e

e) existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da UBS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Sobre a implantação das primeiras equipes de saúde da família em Uberlândia o Diretor de Gestão de Pessoas menciona que, no início do ano de 2003, o governo que estava aqui naquela época tinha como Secretário de Saúde Dr. Flávio Goulart e a equipe dele já tinha iniciado os estudos para a implantação da ESF.

Ainda sobre a implantação da ESF, o Diretor de Gestão Pessoas mencionou que

(...) quando o secretário (*Flávio Goulart*) chegou ao município de Uberlândia o desafio dele era implantar as equipes de saúde da família e foram criados critérios pra isso entre esses critérios estão alguns indicadores que eram: mortalidade materna, mortalidade infantil, gravidez na adolescência, internações por condições sensíveis a atenção primária que era hipertensão, diabetes não bem conduzidas isso na questão epidemiológica e para que nos tivéssemos uma adesão da população nós seguimos o princípio da equidade, nós procuramos também na questão socioeconômica aquelas regiões da cidade que tivessem menos pessoas que fossem usuárias de planos de saúde e que fossem apenas SUS dependente e nós observamos que as regiões de migração recente da cidade era onde a gente tinha o casamento disso. Então nós começamos na região do Morumbi, no Setor Leste toda aquela região que tinha os piores indicadores. (DIRETOR DE GESTÃO PESSOAS, 2012). Grifo da autora.

Depois de implantadas 10 equipes de saúde da família no Núcleo Morumbi e

de todas estarem funcionando, foi dado o início de implantação no Setor Oeste, Núcleo Planalto, nos bairros Canaã, Jardim das Palmeiras, São Lucas e Morada Nova, onde foram implantadas oito equipes. Para o Diretor de Gestão de Pessoas

Naquela região também existia um vazio grande de unidades de saúde. E por fim nós viemos para região sul que vinha do Bairro Lagoinha até o Seringueiras. A lógica era sempre pegar um contínuo geográfico e que fosse de preferência uma região mais periférica pra que a gente tivesse uma adesão pra essa modalidade nova que a gente estava apresentando, foi bem trabalhoso, mas na época nós conseguimos. (DIRETOR DE GESTÃO PESSOAS, 2012)

Durante o processo de implantação das equipes foram estabelecidos processos seletivos para a contratação de todos os profissionais que iriam atuar nas equipes. Para os profissionais de nível superior: médicos, enfermeiros, e nível médio: auxiliar/técnico em enfermagem primeiro, abriu-se o processo de seleção interna e aqueles profissionais que já faziam parte do quadro efetivo da SMS puderam migrar para as unidades de saúde da família. No caso dos agentes comunitários de saúde das áreas a adotarem a ESF, o Diretor de Gestão de Pessoas explica que

(...) nós estabelecemos um processo seletivo e os agentes comunitários de saúde naquela ocasião para eles se inscreverem precisavam serem indicados pelas lideranças locais: presidentes de associações de bairro, líderes comunitários. Se eles não tivessem o aval eles não poderiam nem se inscreverem. Então foi realizado um processo de divulgação local, não foi feito um processo de divulgação no município porque nós queríamos pessoal daquela região. Para enfermagem, médicos e técnicos de enfermagem nós abrimos a possibilidade de seleção interna qualquer profissional que já fizesse parte da rede e desejasse migrar nós criamos facilidade pra que isso acontecesse. (DIRETOR DE GESTÃO PESSOAS, 2012) .

Depois de implantadas as equipes dos Núcleos Morumbi e Planalto, em setembro de 2003, começou-se a implantação do núcleo Pampulha (na atualidade desmembrado em São Jorge e Pampulha), sendo que a Coordenadora da APS menciona que

(...) em setembro de 2003 nós fomos para o Setor Sul, aquele que compreende a região do Grande São Jorge e Pampulha, 15 equipes inicialmente. E nesse momento eu participei como médica da equipe do São Jorge III, nós tivemos um treinamento prévio para discutir, o que era Estratégia de Saúde da Família, discutir os princípios da ESF, os princípios da APS e as dificuldades que nós poderíamos encontrar. (COORDENADORA DA APS, de 2004 a 2010, 2012)

A Coordenadora explica que a região que hoje compreende os Núcleos São Jorge e Pampulha era atendida por três unidades de Atenção Primária e Secundária (as antigas UBS) e também por uma Unidade de Atendimento Integrado (UAI Pampulha).

Então aconteceria uma grande mudança no modelo e você sabe perfeitamente bem que a população gosta de atendimento imediato, curativo. Então haveria essa mudança. Nós teríamos que nós preparar para os embates que viriam com a comunidade. É porque nós sabemos que investimento em Atenção Primária é a longo prazo, você não muda indicador de uma hora para outra. Até porque tem que haver mudança de postura com as pessoas, quando eu falo pessoas eu estou dizendo a comunidade e os profissionais que trabalham na área de saúde. Porque até para os profissionais a mudança de paradigma não é fácil. Porque é muito mais fácil você atender um paciente com uma cólica renal dar para ele um medicamento para tirá-lo crise do que ir lá à casa da Dona Maria, Dona Sebastiana e atendê-la. (COORDENADORA DA APS, de 2004 a 2010, 2012).

Após a implantação dessas 30 equipes iniciais, em 2003, a estratégia passou três anos sem a criação de novas equipes. Sendo que, em 2006, novas equipes foram instaladas no Núcleo Luizote, com quatro equipes (UAPSF Taiaman I, UAPSF Taiaman II, UAPSF Mansour I, UAPSF Mansour II); em 2007, no Núcleo Roosevelt, com as equipes do São José e Maravilha; e, em 2008, a UAPSF Campo Alegre foi implantada no Núcleo São Jorge.

Em 2011, uma nova UAPSF foi instalada no Shopping Park. No ano de 2012 o prefeito entrega o mandato com quatro novas UAPSFs no Núcleo São Jorge (UAPSF Shopping Park III, Gravatás, Jardim Botânico e São Jorge V) e uma nova unidade no Núcleo Planalto, a UAPSF Jardim Célia (sendo entregue no dia 28 de dezembro de 2012). Essa unidade foi a única Unidade de Atenção Primária à Saúde da Família construída na gestão municipal que ficou de 2005 a 2012 no comando da prefeitura. Sobre a falta de investimento na construção de unidades de saúde, o Diretor de Gestão de Pessoas menciona que

(...) a perspectiva dele (*prefeito municipal*) é hospitalocêntrica. Então jamais ele ia privilegiar a APS, investir na APS. Falar que não tinha dinheiro, construiu-se um hospital de ponta, mas não construiu uma única unidade de PSF. Até as UAPSFs foram reformadas, mas, não construiu-se nenhuma unidade de Saúde da Família. Então não pode-se dizer que não teve recurso, pode-se dizer que não teve prioridade. (DIRETOR DE GESTÃO DE PESSOAS, 2012). Grifo da autora.

A falta de investimento para a construção e reformas das unidades de saúde da família, assim como a pequena ampliação da cobertura populacional denota isso

mesmo. Em Uberlândia investiu-se muito para a construção do Hospital Municipal<sup>5</sup>, que custou muito aos cofres públicos. No entanto apenas uma unidade de saúde da família foi construída por essa gestão municipal.

Ainda sobre a falta de investimentos em Saúde da Família no município de Uberlândia a Coordenadora da APS menciona que o grande problema da ESF em cidades acima de 100 mil habitantes é exatamente a quantidade de equipes que são necessárias versus a disponibilidade de equipamentos na área física.

Esse foi um problema que Uberlândia sempre enfrentou. Eu estou falando de Uberlândia, mas é toda cidade com a população acima de 100 habitantes. Porque você pega cidade pequena como Tupaciguara ou Indianópolis, por exemplo, que terão uma ou duas equipes, fica fácil para gestão local construir. Agora, Uberlândia, que a proposta pactuada com o Estado e a União foi de 50% de instalação de equipes de ESF, na época era 78 equipes quando foi feito o primeiro estudo (2003). Hoje devido a nossa população estar crescendo muito, 50% de cobertura da ESF serão mais de 100 equipes. E você há de convir que não tem como você atender a todas as coisas ao mesmo tempo. Atenção Primária, Atenção Secundária e Atenção Terciária. Porque do mesmo modo que tem que haver expansão na área de Atenção Primária temos também tem que atender a Atenção Secundária e Atenção Terciária. Porque pegamos uma população já doente, já carente desses atendimentos, uma demanda reprimida já antiga. (COORDENADORA DA APS, de 2004 a 2010, 2012)

A precária estrutura física das unidades de saúde da família em Uberlândia foi um dos problemas apontados por Rodrigues (2007), mencionando que existem duas situações diferentes utilizadas pela Prefeitura Municipal de Uberlândia para implantação das UAPSFs. No primeiro caso, onde já existiam as antigas UBS foram implantadas de duas a três equipes como a UBSF São Jorge II, que na época de implantação chegou a ter oito equipes de saúde da família em seu espaço físico e, no período do estudo, possuía duas equipes. A UAPSF Lagoinha atende a duas equipes e a UAPSF Santa Luzia atende uma equipe, todas no Setor Sul. A UAPSF Alvorada funciona onde funcionava o Centro de Saúde Alvorada, no setor Leste. No momento da pesquisa constatamos que apenas cinco equipes de saúde da família funcionam em locais construídos para serem unidades de saúde. (mosaico 1).

Na segunda situação, têm-se os casos em que não existia uma UBS e as Unidades de Saúde da Família foram implantadas em casas alugadas pela Prefeitura Municipal de Uberlândia sem a estrutura física adequada para receber

<sup>5</sup>O Hospital e Maternidade Odelmo Leão Carneiro, é administrado pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina e a Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia. É um hospital geral de média complexidade e com capacidade para 900 saídas por mês. Além de Pronto-Socorro e Maternidade, também atende especialidades clínicas e cirúrgicas. Localizado em uma área de 55 mil metros quadrados, tem 20 mil metros quadrados de área construída e 258 leitos, divididos em UTI Adulto e Neonatal, Berçário, Maternidade, Pediatria e Internação.



uma unidade de saúde. Este é o caso de todas as outras 35 UAPSFs existentes no momento da pesquisa. (mosaico 2). O critério para escolha das casas nunca foi muito claro, estando dentro da área de abrangência da equipe. Esta precisa ter espaço físico o suficiente para a instalação de consultório médico, sala de enfermagem, sala de vacina e curativos, recepção e sala de espera. As imagens demonstram a falta de manutenção das UAPSFs, principalmente naquelas onde o espaço físico não foi construído para abrigar uma unidade de saúde, com fachada externa apresentando paredes mofadas por causa da chuva e da falta de calçadas adequadas.

Sobre a falta de unidades próprias, a Coordenadora da APS menciona que um dos problemas da ESF em cidades acima de 100 mil habitantes é exatamente a quantidade de equipes que você tem que implantar versus a disponibilidade de equipamentos na área física. Trata-se de uma dificuldade para muitos municípios brasileiros;

(...) é um problema grave, pois as casas que nós encontramos para alugar não comportavam equipamentos de saúde adequadamente. Muitas vezes nós temos que improvisar uma sala de curativo, um consultório médico. As vezes a sala que era para o consultório não tem pia, temos que mandar fazer adaptações hidráulicas, elétricas e físicas. Às vezes não tem rampa de acesso e assim por diante. (COORDENADORA DA APS, 2004 a 2010, 2012).

Outro problema relatado pela Coordenadora da APS é em relação ao financiamento para a implantação das equipes. O financiamento inicial de 20 mil reais para cada equipe (em duas parcelas de R\$ 10.000,00) é relatado como insuficiente pela coordenadora e a prefeitura municipal tem que arcar com o restante dos investimentos necessário para a implantação das equipes.

Os incentivos são repassados do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, de acordo com a modalidade da ESF na qual o município se enquadre, conforme definido na Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012, e Portaria nº 650, de 28 de março de 2006.

Mosaico 1 - UAPSFs Alvorada, Santa Luzia e São Jorge II e III.



Autora: Maria José Rodrigues. Dezembro de 2012.

Mosaico 2 - UAPSFs Joana Darc, São Gabriel e Seringueiras I



Autora: Maria José Rodrigues. Junho de 2012.

Existe também um incentivo do Governo Federal para o custeio mensal das equipes de saúde que, no caso de Uberlândia, é insuficiente para cobrir o salário do médico sendo considerado pequeno pela coordenadora que explica como funciona a distribuição dos recursos.

Vamos falar em termos de porcentagem para você entender. O Governo Federal arca com aproximadamente 25, 26% às vezes pode chegar até 27% dependendo de algum bônus do valor do custeio das equipes. O governo estadual entra com uns 2 ou 3% não sai disso, às vezes até menos já chegou até 1,3 e 1,5%. E o restante em torno de quase 70% é de responsabilidade do município. Então esse é um outro problema grave da estratégia de saúde da família, o custeio. (COORDENADORA DA APS DE 2004 a 2010, 2012)

O valor do custeio das equipes de SF, em 2012, era de R\$ 871,00 (oitocentos e setenta e um reais) por Agente Comunitário de Saúde (ACS), sendo, a cada mês, o valor do incentivo financeiro referente aos ACS das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família. No último trimestre de cada ano será repassada uma parcela extra, calculada com base no número de ACS registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação definido para este fim, no mês de agosto do ano vigente, multiplicado pelo valor do incentivo fixado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Acrescenta-se o custeio mensal por equipe de 7.130 reais por mês.

Em nossa pesquisa, verificamos outro problema que consideramos como dificultador do acesso da família à saúde com qualidade. O número de pessoas cadastradas por equipes em várias unidades está muito acima do preconizado pelo Ministério da Saúde. Este normatiza que a equipe multiprofissional deve ser responsável por, no máximo, 4.000 habitantes. Sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, verificamos que em algumas equipes esse número está bem acima do sugerido.

Das 41 equipes analisadas, quatro têm população de até 3000 habitantes, 21 têm população cadastrada entre 3.000 e 4.000 pessoas e 16 estão com população acima de 4.000 habitantes (QUADRO 10). Esse elevado número de população em várias equipes está relacionado à dinâmica dos territórios cobertos pelas equipes que em sua maioria são áreas de ocupação mais recente que possui uma dinâmica de expansão urbana difícil de ser acompanhada pelos serviços públicos. Sendo que o poder público não consegue acompanhar e oferecer serviços de educação, saúde, lazer, moradia para toda a população. O grande desafio é conseguir planejar ações

**Quadro 10 - Uberlândia – ESF: população cadastrada por equipe/dezembro de 2012**

<b>Núcleo</b>	<b>Equipe</b>	<b>População</b>
MORUMBI	Aclimação	4.048
	Alvorada	5.969
	Dom Almir	6.199
	Ipanema I	3.500
	Ipanema II	3.672
	Joana Darc	5.879
	Morumbi I	3.652
	Morumbi II	4.127
	Morumbi III	3.963
	Morumbi IV	3.645
	<b>TOTAL</b>	<b>44.654</b>
PLANALTO	Canaã I	3.561
	Canaã II	3.832
	Canaã III	4.652
	Palmeiras I	2.600
	Palmeiras II	3.062
	Palmeiras III	3.498
	São Lucas	4.366
	Morada Nova	4.929
	<b>TOTAL</b>	<b>30.500</b>
LUIZOTE	Taiaman I	3.847
	Taiaman II	2.958
	Mansour I	3.743
	Mansour II	6.375
	<b>TOTAL</b>	<b>16.923</b>
ROOSEVELT	São Jose	4.444
	Maravilha	4.888
	<b>TOTAL</b>	<b>9.332</b>
PAMPULHA	Granada II	3.274
	Granada II	4.369
	Lagoinha I	3.068
	Lagoinha II	3.091
	Santa Luzia	2.583
	<b>TOTAL</b>	<b>16.385</b>
SÃO JORGE	Laranjeiras	3.852
	Aurora	4.129
	São Jorge I	3.116
	São Jorge II	4.217
	São Jorge III	4.641
	São Jorge IV	3.904
	Seringueiras I	3.637
	Seringueiras II	3.904
	São Gabriel	3.656
	Campo Alegre	3.009
	Shopping Park I	4.414
	Shopping Park III	1.341
	<b>TOTAL</b>	<b>43.820</b>
	<b>ESF - TOTAL</b>	<b>161.614</b>

Fonte: SIAB/Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, 2012.  
 Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

de saúde que abarquem todos esses problemas de acesso inadequado e deficitário para a população dessas equipes.

Com o PDAP, uma equipe com população muito grande não consegue seguir uma agenda programada. Nesses casos nem toda a população adscrita consegue assistência adequada. Para a Coordenadora do Setor Sanitário Sul, a proposta, hoje, é trabalhar com demanda programada, o que segundo ela:

(...) são aqueles pacientes que têm uma condição crônica. Nós programamos o atendimento dele. Independentemente de ele me procurar, nós garantimos seu atendimento programado. São as condições crônicas, hipertensos, diabéticos e para essas condições nós realizamos grupos operativos. Então todo paciente que tem uma condição crônica ou está gestante, ou é da puericultura, ou idoso que requer cuidado, ou a saúde da mulher, no caso de coleta de exames papanicolau ou exame de mama, nós chamamos de demanda programada. É uma demanda que tem uma norma. Por exemplo, há um hipertenso, ele é de alto risco. Segundo o protocolo, pelo menos três vezes ao ano ele precisa ir ao médico, tem que fazer exames específicos.(COORDENADORA DO SETOR SANITÁRIO SUL, 2012).

Desde a implantação do prontuário eletrônico nas UAPSF existe a possibilidade de ficarem agendadas as consultas para os pacientes de condição crônica. Mas é importante que esse paciente tenha consciência do autocuidado, do cuidado com a condição crônica. Para os hipertensos, por exemplos, os protocolos clínicos mencionam que são necessárias pelo menos três consultas para um bom acompanhamento do seu estado de saúde. O protocolo determina também pelo menos sete consultas para gestantes durante o pré-natal e consultas mensais para crianças de até seis meses.

A Saúde da Família tem sido a principal estratégia de estruturação da atenção básica dos sistemas locais de saúde, desde 1998. Em Uberlândia essa realidade ainda é um pouco diferente, pois a ESF não se consolidou como principal porta de entrada para os serviços municipais de saúde. Muitas equipes de Saúde da Família estão com população cadastrada acima do preconizado pelo Ministério da Saúde. Será possível garantir nas UAPSFs de Uberlândia, ações concentradas nas famílias e comunidades e integração da assistência médica com a promoção de saúde e as ações preventivas para realmente constituí-las como principal porta de entrada do sistema municipal de saúde?

## **Capítulo 4**

### **Uberlândia: gestão do trabalho em saúde da família**



A gestão do trabalho em saúde vem ganhando centralidade no processo de implementação da Estratégia de Saúde da Família no município de Uberlândia com a adoção de um novo modelo assistencial. Este modelo ampliou e fixou o quadro de pessoal em nível municipal, sendo a gestão desse quadro realizada por duas instituições, a Fundação Maçônica Manoel dos Santos e a Organização Social Missão Sal da Terra.

A ESF, ao se instalar em Uberlândia, já encontrou uma estrutura de serviços de saúde consolidada, com oito unidades de atenção primária em funcionamento, seis unidades de atendimento integrado (nível municipal) e o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, todos ofertando serviços de atenção primária e urgência. Sendo assim, houve o desafio de combinar diversas estratégias de emprego, utilizando diferentes vínculos trabalhistas. A adoção de um novo perfil profissional, voltado para as atividades com a comunidade, desenvolvendo ações de promoção, prevenção e reabilitação dos agravos à saúde é um dos desafios que a Secretaria Municipal de Saúde tem para fortalecer a ESF como modelo estruturante do sistema municipal de saúde.

#### **4.1. Perfil das equipes de saúde da família**

O perfil das equipes de saúde da família que atuam na cidade de Uberlândia foi construído a partir da análise de algumas variáveis dos questionários respondidos por médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde que compõem as equipes. Assim, são indicadas as principais características dos profissionais quanto ao sexo, faixa etária, escolaridade e formação profissional, experiência anterior de trabalho no modelo da estratégia de saúde da família, perfil de participação em fóruns de formulação de políticas no âmbito municipal e também em órgãos representativos de categorias profissionais.

Constatamos que a quase totalidade dos profissionais de enfermagem e agentes comunitárias de saúde entrevistados são do sexo feminino, assim como 90% dos auxiliares/técnicos em enfermagem. Apenas entre os médicos houve um equilíbrio, metade do sexo feminino e outra metade do masculino.



Tabela 5 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família - sexo dos profissionais de saúde selecionados, 2012.

Sexo	Enfermeiros		Médicos		Auxiliares /Técnicos em Enfermagem		Agentes Comunitários de Saúde	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Feminino	10	100	3	50	9	90	9	100
Masculino	-	-	3	50	1	10	-	-
Total	10	100	6	100	10	100	9	100

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

A idade mínima encontrada para médicos e enfermeiros foi de 26 anos (40% das entrevistadas estão na faixa etária entre 26 e 30 anos; 40% entre 31 e 35 anos). A idade máxima dos médicos foi 40 anos (metade deles tem idade entre 36 e 40 anos).

Entre os auxiliares de enfermagem entrevistados, a idade mínima foi de 31 anos, pouco superior às demais categorias de profissionais entrevistados. Para os ACS, a idade mínima encontrada foi de 26 anos. A idade máxima dos auxiliares de enfermagem foi de 56 anos e, para agentes comunitários de saúde, 53 anos. Há uma predominância de auxiliares/técnicos em enfermagem na faixa etária entre 41 e 50 anos e, para ACS, entre 36 e 50 anos.

Tabela 6 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família – faixa etária dos profissionais de saúde selecionados, 2012.

Idade	Enfermeiros		Médicos		Auxiliares/ Técnicos em Enfermagem		Agentes Comunitários de Saúde	
	n	%	n	%	n	%	n	%
26 a 30	4	40	1	16,7	-	-	1	11,1
31 a 35	4	40	2	33,3	1	10	1	11,1
36 a 40	1	10	3	50	1	10	2	22,2
41 a 45	1	10	-	-	3	30	1	11,1
46 a 50	-	-	-	-	3	30	2	22,2
Acima de 50	-	-	-	-	1	10	1	11,1
Sem resposta	-	-	-	-	1	10	1	11,1
Total	10	100	6	100	10	100	9	100

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

## 4.2. Formação dos profissionais

No total de profissionais de nível superior pesquisados, a maioria tem alguma pós-graduação, sendo médicos (83%) e enfermeiros (90%). Entre os profissionais de nível superior, os enfermeiros apresentam o maior percentual (80%) de profissionais com especialização completa. A metade dos médicos tem residência completa e 16,7% dos médicos e 10% das enfermeiras têm mestrado. Nenhum profissional mencionou possuir o título de doutor.

Dos médicos que mencionaram possuir especialização, um é especialista em Saúde da Família e, outra, médica em Medicina da Família e Comunidade e Geriatria, além de possuir Mestrado em Ciências da Saúde. Dos três médicos que mencionaram possuir residência completa, estes a fizeram nas seguintes áreas: Pediatria, Alergologia e Medicina da Família e Comunidade.

Entre as enfermeiras pesquisadas, sete possuem especialização, sendo que seis são em saúde da família e comunidade, uma em gestão da saúde e uma possui mestrado em Ciências da Saúde.

Tabela 7 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família – formação em pós-graduação de Médicos e Enfermeiros, 2012.

Pós-graduação	Médicos		Enfermeiros	
	n	%	n	%
Não tem pós-graduação	1	16,7	2	20
Especialização Completa	1	16,7	7	70
Residência Completa	3	50	-	-
Mestrado Completo	1	16,7	1	10
Doutorado Completo	-	-	-	-
Total	6	100	10	100

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

Entre os agentes comunitários de saúde pesquisados prevalece a formação de ensino médio completo (78%); 22% concluíram o ensino fundamental. Do total desses profissionais, 89% não estudam atualmente e estão em média há 10 anos sem estudar. Entre os que estudam, 11% estão cursando graduação em Enfermagem.

Tabela 8 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família nível de escolaridade dos agentes comunitários de saúde, 2012.

Escolaridade	Agentes Comunitários de Saúde	
	N	%
Ensino fundamental (primeiro grau) completo	2	22,2
Ensino médio (segundo grau) completo	7	77,7
Ensino superior (terceiro grau) completo	-	-
Não concluiu o ensino fundamental	-	-
Total	9	100

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

Entre os auxiliares/técnicos em enfermagem predomina o ensino médio completo (60%), mas 20% possuem apenas o ensino fundamental e 20% possuem também o ensino superior completo. Do total de profissionais auxiliares/técnicos de enfermagem, 60% não estudam atualmente e já estão há cerca de 10 anos sem estudar. Entre os que estudam atualmente, um está cursando o Ensino Médio e dois estão no ensino Superior (graduação em Enfermagem e graduação em Serviço Social, respectivamente).

Tabela 9 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família nível de escolaridade dos auxiliares/técnicos em enfermagem, 2012.

Escolaridade	Auxiliares/Técnicos em Enfermagem	
	n	%
Ensino fundamental (primeiro grau) completo	2	20
Ensino médio (segundo grau) completo	6	60
Ensino superior (em andamento)	2	20
Total	10	100

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

### 4.3. Experiência de trabalho anterior em Saúde da Família

Em relação à experiência de trabalho anterior a estratégia de saúde da família, alguns profissionais de nível superior já possuíam experiência anterior no mesmo município (17%), em outro município (63%) e em outro estado (17%). Entre os médicos (67%) e enfermeiras (60%) predomina a experiência anterior em outro município. Entre as enfermeiras, a proporção das que não tiveram experiência anterior em ESF é de 30%, ao passo que a totalidade dos médicos entrevistados

relatou já ter experiência anterior em ESF. Na opinião do Diretor de Gestão de Pessoas

Em Uberlândia existem enfermeiras muito capacitadas e o primeiro atrativo para esse tipo de enfermeira é que nós temos uma faixa salarial para enfermeira que é a melhor na região, para a área de PSF. Eu digo que o que tem de avanço na ESF em Uberlândia nós devemos as enfermeiras porque vieram as melhores em função da questão salarial nós temos enfermeiras muito bem qualificadas e que não querem sair porque aí fora elas vão ganhar menos. (DIRETOR DE GESTÃO DE PESSOAS, 2012).

Com o Plano Diretor da Atenção Primária essas enfermeiras começaram a ter uma ferramenta gerencial na gestão clínica que vem facilitando o processo de identificação da população de maior risco clínico e social. Assim, se as equipes não conseguem atender a todos, as enfermeiras, que são as profissionais que coordenam o cuidado, têm condições de identificar quem deve ser atendido, minimamente, para não impactar nos indicadores de saúde.

Entre os auxiliares/técnicos em enfermagem pesquisados, prevalecem profissionais (90%) sem experiência anterior em estratégia de saúde da família, assim como entre os agentes comunitários de saúde pesquisados que, em sua totalidade, relataram não possuir experiência anterior em ESF.

É importante destacar que entre os agentes comunitários pesquisados, 22% possuíam experiência anterior em atividade comunitária, com tempo médio de atuação de quatro anos. Das atividades comunitárias realizadas e informadas por essas profissionais, pode-se mencionar, como exemplo, a participação em pastoral da criança e trabalhos em associações comunitárias.

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

##### **4.4.1. Mecanismos de seleção**

A análise dos mecanismos de seleção e de contratação dos profissionais das equipes de saúde da família em Uberlândia nos permite considerar que a seleção dos profissionais de nível superior que hoje atuam na estratégia de saúde da família foi predominantemente por entrevista para médicos (83%) e para enfermeiros (70%), no caso destas profissionais também houve a aplicação de prova escrita (70%) e análise de currículo (50%), conforme tabela 11.

Tabela 11 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família – Mecanismos de seleção, dos Médicos e Enfermeiros, 2012.

Mecanismos	Médicos		Enfermeiros	
	n	%	n	%
Entrevista	5	83,3	7	70
Análise de currículo	1	16,7	5	50
Prova escrita	-	-	7	70
Prova prática	-	-	2	20
Outro	1	16,7	2	20

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

Em relação aos auxiliares/técnicos em enfermagem, os mecanismos de seleção mais comuns foram a prova escrita (80%) e entrevista (60%). É importante mencionar também que em 10% dos casos houve análise de currículo e prova prática.

Quanto aos ACS, os mecanismos de seleção mais comuns foram igualmente prova escrita (67%) e entrevista (56%). Carta de apresentação de associação de moradores, prova prática e comprovante de residência na área também foram mencionados por 11% dos entrevistados. De acordo com o Diretor de Gestão de Pessoas

(...) no processo de implantação da ESF tinha uma equipe que estava fazendo uma análise de quem contratar com ACS. Depois nunca mais existiu isso. (...) quando mudou de gestão, para essa gestão você já teve uma desconfiguração dos ACS, depois todo o processo dos agentes foi por indicação e não teve mais processo seletivo assim. (DIRETOR DE GESTÃO DE PESSOAS, 2012).

No entanto, para a Coordenadora do Setor Sanitário Sul (2012), na atualidade

(...) não há seleção, porque não tem um concurso. É um profissional celetista contratado pela Fundação Maçonica ou pela Missão Sal da Terra. A seleção é a própria equipe que faz, ela identifica as pessoas que procuram, falando que querem trabalhar, porque ela já conhece o colega que é ACS, que trabalha. Então quando a gente está precisando de ACS, a própria equipe e os próprios ACS indicam colegas do bairro aí eles vêm até aqui. Nós aplicamos uma prova, com o mínimo de conhecimento para conversarmos com o futuro ACS para verificarmos se ele sabe qual é a função do agente, que ele vai ter que ir para as ruas trabalhar porque tem que ter disposição. (COORDENADORA DO SETOR SANITÁRIO SUL, 2012).

A profissão dos Agentes Comunitários de Saúde foi regulamentada pela Lei nº 10.507/2002, que cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde, o Decreto nº

3.189/1999, que fixa as diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde, e a Portaria nº 1.886/1997 (MS), que aprova as normas e diretrizes do Programa de Agente Comunitário e do Programa de Saúde da Família. No caso de Uberlândia, não existe concurso para se trabalhar nas equipes de saúde da família porque a gestão das equipes é realizada por duas instituições contratadas para tal fim, a Organização Social Missão Sal da Terra e a Fundação Maçônica Manoel dos Santos.

O Agente Comunitário de Saúde é um dos profissionais que deve realizar atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde nas comunidades, sendo supervisionado e coordenado pelos enfermeiros das equipes de saúde da família. Essa profissão deve ser exercida por um morador da comunidade que passa por treinamentos e cursos para entender melhor as origens das doenças e as técnicas de prevenção, formando, assim, um elo entre a população e o sistema de saúde local. Além de realizar trabalhos de conscientização, o agente comunitário de saúde é responsável pelo cadastro das famílias, pela orientação individual e coletiva, por identificar áreas de risco à saúde, além de risco social e ambiental ou focos de doenças, realizar visitas domiciliares, desenvolver ações educativas que envolvam a comunidade, entre outras funções.

Para ser um agente comunitário de saúde, além de ser necessário que o profissional resida na comunidade onde trabalha, ele deve ter concluído o ensino fundamental. Após a seleção desse profissional para atuar nas equipes, ele deve passar por um curso de capacitação básica para trabalhar como agente comunitário de saúde.

Entre as principais atividades desses profissionais estão: realizar mapeamento da comunidade; realizar pesquisa sobre o histórico de doenças comuns na região e elaborar ações eficazes em conjunto com uma equipe de saúde da família; cadastrar as famílias da comunidade; identificar indivíduos e áreas de risco; orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário; realizar ações e atividades, dentro de suas competências, nas áreas prioritárias da atenção à saúde; promover ações comunitárias de prevenção de doenças e promoção da saúde; orientar a população sobre doenças comuns na região, sobre tratamentos caseiros eficazes, sobre alimentação adequada e sobre a importância dos sistemas de saúde e dos tratamentos; realizar visitas domiciliares visando acompanhamento das famílias e da situação dos doentes; desenvolver

ações educativas e de vigilância sanitária, como ações coletivas de saneamento, de melhoria da qualidade de vida na comunidade, de promoção da preservação do meio ambiente; transmitir para os gestores sociais e de saúde ou responsáveis na região a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites e identificar parceiros e recursos existentes na comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Ou seja, o agente comunitário de saúde, além de vivenciar a situação da comunidade como morador, também deve atuar no território onde mora, nas comunidades e aglomerações populacionais. Esses profissionais têm um papel muito importante nas comunidades, principalmente nas mais carentes, pois, entre outros benefícios que traz para o acesso aos serviços de saúde, deve conscientizar a população sobre cuidados com a saúde e o ambiente, promover ações de prevenção de doenças. Cabe a ele melhorar as informações sobre saúde em locais onde dificilmente os sistemas de saúde conseguem chegar. Como exemplo, em muitas comunidades rurais, em locais remotos da Amazônia, o ACS é único profissional de saúde da região, responsável coletar material para exames, trazer informações sobre saúde, entre outras ações que aproximam as comunidades mais afastadas dos órgãos sociais e de saúde.

No que se refere ao vínculo dos profissionais, ele é predominantemente estabelecido, em Uberlândia, com a Fundação Maçônica Manoel dos Santos (FMMS). A totalidade dos enfermeiros entrevistados e 83% dos médicos têm contrato de trabalho com a FMMS. Entre os auxiliares/técnicos de enfermagem, 70% têm contrato com a FMMS e 30% informaram que são funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia. Quanto aos ACS, a totalidade destes informou que os seus contratos de trabalho são com a FMMS, conforme pode ser visto na tabela 12.

Tabela 12 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família – vínculo de trabalho dos profissionais de saúde selecionados, 2012.

Vínculo de trabalho <sup>1</sup>	Médicos		Enfermeiros		Auxiliares/ Técnicos em Enfermagem		ACS	
Secretaria Municipal de Saúde / Prefeitura Municipal de Uberlândia	-	-	-	-	3	30	-	-
Fundação Maçônica Manoel dos Santos	5	83,3	10	100	7	70	9	100
Missão Sal da Terra	1	16,7	-	-	-	-	-	-
Total	6	100	10	100	10	100	9	100

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

<sup>1</sup> A pesquisa direta foi realizada durante o período de transição do contrato de gestão da FMMS para a Missão Sal da Terra, no Setor Sul. Sendo que poucos profissionais de saúde já haviam migrado da FMMS para a Missão Sal da Terra.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

A Missão Sal da Terra é uma Associação beneficente de caráter filantrópico, sem fins lucrativos e econômicos, com fins sociais, educacionais, profissionalizantes e educativos, sendo composta e administrada pela Assembleia Geral, Diretoria e Conselho Fiscal. A entidade é constituída por uma matriz e doze filiais, assumindo desde 2011 a gestão de todas as unidades de saúde do Setor Sul, desde as UAPSFs até as UAIs. A primeira unidade a ser administrada por esta organização foi a UAI São Jorge, inaugurada em agosto de 2007. Posteriormente, em 2010, a UAI Pampulha passou a ser administrada pela Missão Sal da Terra. Já a Fundação Maçônica Manoel dos Santos é considerada uma entidade de caráter comunitário, educativo e filantrópico, que está à frente da administração das UAIs Luizote, Planalto, Roosevelt, Martins, Morumbi e Tibery e também dos núcleos de saúde da família dessas áreas.

A forma de contrato de trabalho, por sua vez, é bastante homogênea entre as categorias profissionais das equipes: a totalidade dos médicos e enfermeiros entrevistados trabalha sob o regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), ou seja, são celetistas. Entre os auxiliares/técnicos em enfermagem, 70% são celetistas e 30% são estatutários, justamente aqueles que informaram serem funcionários da Secretaria Municipal de Saúde. Em relação aos ACS, 89% mencionaram que trabalham com contrato de trabalho em regime CLT e 11% não souberam informar qual a forma de contrato de trabalho.



Tabela 13 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família – forma de contrato de trabalho dos profissionais de saúde selecionados, 2012.

Contrato de trabalho	Médicos		Enfermeiros		Auxiliares/ Técnicos em Enfermagem		Agentes Comunitários de Saúde	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Estatuário	-	-	-	-	3	30	-	-
CLT	6	100	10	100	7	70	8	88,9
Não sabe informar	-	-	-	-	-	-	1	11,1
Total	6	100	10	100	10	100	9	100

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

Referindo-se ao tipo de vínculo trabalhista, o Diretor de Gestão de Pessoas menciona que

Hoje nós temos dois vínculos, que é o vínculo do estatutário e o vínculo do celetista. Sendo que o estatutário ele é estatutário e celetista, ele tem os dois vínculos. Eu tenho um vínculo misto. Por exemplo, o médico não quis perder o vínculo estatutário. Isso vale para alguns médicos. Hoje, se eu fosse listar, no total de 44 equipes, se eu tiver três ou quatro médicos é muito que é estatutário e celetista também. O restante é todo mundo CLT. (DIRETOR DE GESTÃO DE PESSOAS, 2012)

Esse quadro que o Diretor menciona de médicos estatutários e celetistas ocorre por causa do aproveitamento de profissionais de carreira da Prefeitura Municipal que, no período de abertura das unidades de Saúde da Família, optaram por trabalhar na Saúde da Família. Para enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem, foi aberta a possibilidade de seleção interna - para qualquer profissional que já fizesse parte da rede e desejasse migrar, foram criadas facilidades para que isso acontecesse. Eles não perderiam o vínculo com a prefeitura se fosse um médico, por exemplo. No entanto, a maioria desses profissionais que se transferiram para as unidades de PSF, posteriormente, retornaram para seus locais de trabalho anterior devido à carga horária fixa e ao reajuste salarial para os funcionários da prefeitura.

Na perspectiva dos profissionais, dentre os principais motivos pelos quais escolheram atuar na Estratégia de Saúde da Família, a alternativa relacionada à ideia de que esta pode reorganizar a atenção à saúde no SUS municipal foi mencionada por metade dos médicos e enfermeiros. A afirmativa mais frequente para enfermeiros (70%) foi a de que a Estratégia da Saúde da Família pode reorganizar a atenção à saúde no SUS municipal. Essa assertiva foi mencionada por 33% dos médicos. Para metade dos enfermeiros, a escolha da ESF para trabalhar está ligada ao fato de que é um mercado de trabalho promissor, com salário

diferenciado e uma jornada de trabalho fixa, por compartilhar a ideia de que a ESF pode reorganizar a atenção à saúde no município e por acreditar que a ESF pode contribuir para um maior controle social da população organizada sobre os serviços de atenção à saúde.

Também foi apontada frequentemente como motivo para a escolha de trabalhar na estratégia a percepção de que as atribuições são compatíveis com a sua formação/especialização, o que foi mencionado por 33% dos médicos e metade das enfermeiras (TABELA 14).

Tabela 14 – Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família – motivos da escolha por trabalhar na ESF, segundo Médicos e Enfermeiros, 2012.

Motivos	Médico		Enfermeiro	
	n	%	n	%
Porque é um mercado de trabalho promissor, com salário diferenciado e uma jornada de trabalho fixa	-	-	5	50
Por se sentir motivado a trabalhar com as comunidades carentes	1	16,7	1	10
Porque a Secretaria Municipal de Saúde ofereceu a possibilidade para mudar de prática dentro da rede municipal	-	-	2	20
Por considerar as atribuições de médicos/enfermeiros do PSF compatíveis com a sua formação e especialização	2	33,3	5	50
Por estar desempregado	-	-	-	-
Por compartilhar a ideia de que a Estratégia da Saúde da Família pode reorganizar a atenção à saúde no SUS municipal	3	50	5	50
Por compartilhar a ideia de que a estratégia da Saúde da Família pode contribuir para um maior controle social da população organizada sobre os serviços de atenção à saúde	2	33,3	7	70
Outros	2	33,3	1	10

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

Para as categorias profissionais de auxiliares/técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde, a motivação mais citada foi por eles se sentirem motivados a trabalhar com a comunidade, sendo verdade para 50% dos auxiliares/técnicos em enfermagem e 56% para agentes comunitários de saúde. Metade dos auxiliares/técnicos em enfermagem também citou como um dos motivos de se trabalhar na estratégia de saúde da família o fato de compartilharem a ideia de que a estratégia do PSF pode resolver as necessidades de saúde da comunidade e organizar a atenção a saúde. Já para metade dos ACS, a motivação vem do fato de trabalharem perto de suas residências.

Tabela 15 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família – motivos da escolha por trabalhar na ESF, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, 2012.

Motivos da escolha pela ESF	Auxiliares/ Técnicos em Enfermagem		Agentes Comunitários de Saúde	
	n	%	n	%
Por estar desempregado	3	30	3	33,3
Por se sentir motivado para trabalhar com a comunidade	5	50	5	55,6
Por trabalhar próximo à residência	2	20	5	55,6
Por suas atribuições serem compatíveis com a sua formação	1	10	-	-
Porque é um mercado de trabalho promissor, com salário diferenciado.	-	-	-	-
Porque recebe outros benefícios (salário alimentação, auxílio transporte, etc.)	-	-	-	-
Por se identificar com a proposta do PSF no município	1	10	1	11,1
Por compartilhar a ideia que a estratégia do PSF pode resolver as necessidade de saúde da comunidade e organizar a atenção a saúde.	5	50	2	22,2

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

A pesquisa também procurou saber sobre a atuação anterior dos profissionais que já trabalhavam na Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia (SMS). Observou-se que, entre os profissionais de nível superior, 33% dos médicos e 60% dos enfermeiros já trabalhavam na SMS antes de integrarem uma equipe de saúde da família. Assim, observa-se que a maior parte dos profissionais médicos (67%) foi contratada pelo município para trabalhar especificamente na Estratégia Saúde da Família.

Do total de profissionais que trabalhavam na SMS, entre os médicos, um trabalhava em uma Unidade Básica de Saúde, atualmente chamada de Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), e outro atuava em uma Unidade de Atendimento Integrado (UAI). Entre os enfermeiros que já atuavam na SMS de Uberlândia, 67% trabalhavam em uma Unidade de Atendimento Integrado, 17% trabalhavam em UAPS e a mesma porcentagem no nível da gestão municipal (TABELAS 16 E 17).

Tabela 16 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: experiência e local de trabalho anterior à ESF, segundo Médicos e Enfermeiros, 2012.

Trabalho anterior a ESF em Uberlândia	Médicos		Enfermeiros	
	n	%	n	%
Sim	2	33,3	6	60
Não	4	66,7	4	40
Total	6	100	10	100

Local de trabalho	Médicos		Enfermeiros	
	n	%	n	%
Unidade Básica de Saúde	1	50	1	16,7
Unidade de Atendimento Integrado (UAI)	1	50	4	66,6
Nível de Gestão Municipal	-	-	1	16,7
Total	2	100	6	100

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Observação: n = 2 médicos; n = 6 enfermeiros.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

Tabela 17 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: experiência e local de trabalho anterior à ESF, segundo Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, 2012.

Trabalho anterior a ESF	Auxiliares/Técnicos em Enfermagem	
	n	%
Sim	4	40
Não	6	60
Total	10	100

Local de trabalho	n	%
	n	%
Unidade Básica de Saúde	3	75
Nível de gestão municipal	1	25
Total	4	100

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Observação: n = 4 auxiliares/técnicos de enfermagem.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

A carga horária semanal cumprida na Estratégia de Saúde da Família, segundo os profissionais de nível superior, é de 40 horas semanais. No caso dos médicos, no entanto, 33% informaram ter algum tipo de flexibilidade para exercer outra atividade além deste trabalho. Ao passo que, entre as enfermeiras, essa existe para 20%, sendo que 70% delas cumprem 40 horas semanais de trabalho com dedicação exclusiva, conforme tabela 18.

Tabela 18 – Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família – Carga horária semanal na ESF, segundo médicos e enfermeiros, 2012.

Carga horária na ESF	Médicos		Enfermeiros	
	n	%	n	%
40 horas semanais com dedicação exclusiva	4	66,7	7	70
40 horas semanais, com flexibilidade para outras atividades	2	33,3	2	20
Não respondeu	-	-	1	10
Total	6	100	10	100

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

Entre os auxiliares técnicos de enfermagem existe uma variedade importante de carga horária semanal, pois 40% cumprem 40 horas semanais, com dedicação exclusiva, outros 20% cumprem 30 horas semanais, e a mesma porcentagem trabalha 40 horas semanais, com flexibilidade para outra atividade, sendo que 10% trabalham 20 horas semanais.

Tabela 19 – Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família – Carga horária semanal na ESF, segundo Auxiliares/Técnicos em Enfermagem, 2012.

Carga horária na ESF	Auxiliares/Técnicos em Enfermagem	
	n	%
20 horas semanais	1	10
30 horas semanais	2	20
40 horas semanais, com dedicação exclusiva.	4	40
40 horas semanais, com flexibilidade para outra atividade.	2	20
Não respondeu	1	10
Total	10	100

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

#### 4.4.2. Remuneração

A remuneração dos profissionais da estratégia de saúde da família de Uberlândia também foi objeto de investigação dessa pesquisa. Considerando o que foi mencionado pelos profissionais, observa-se que existe uma diferença de faixa salarial dentro das categorias e entre essas categorias. A remuneração bruta para 67% dos médicos está acima de R\$ 8.000,00. Para metade dos enfermeiros predomina a remuneração de R\$ 3.001,00 até R\$ 5.000,00, enquanto outros (40%) ganham entre R\$ 5.001,00 e R\$ 6.000,00, demonstrando disparidade salarial dentro desta categoria.

O Diretor de Gestão de Pessoas explica que, enquanto em 2005 e 2006, houve um reajuste importante para os profissionais estatutários vinculados à Secretaria Municipal de Uberlândia, naquela época os profissionais efetivos da secretaria ganhavam mais, principalmente em relação os enfermeiros, o que fez com que muitos saíssem da ESF e voltassem para seus cargos de origem. No entanto, na atualidade, em relação a política salarial para o enfermeiro em Uberlândia

(...) o enfermeiro mais bem pago é o enfermeiro que trabalha no PSF. É a que tem a melhor remuneração, então eu tenho os melhores enfermeiros. Eu não tenho nenhum enfermeiro querendo sair. (DIRETOR DE GESTÃO DE PESSOAS, 2012)

Tabela 20 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: remuneração bruta total, segundo Médicos e Enfermeiros, 2012.

Remuneração total	Médicos		Enfermeiros	
	n	%	n	%
Até R\$ 3.000,00	-	-	-	-
De R\$ 3.001,00 até R\$ 5.000,00	-	-	5	50
De R\$ 5.001,00 até R\$ 6.000,00	1	16,7	4	40
De R\$ 6.001,00 até R\$ 8.000,00	1	16,7	1	10
Mais de R\$ 8.000,00	4	66,7	-	-
Total	6	100	10	100

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

A remuneração de 80% dos auxiliares/técnicos em enfermagem está na faixa salarial entre R\$ 801,00 e R\$ 1.000,00. Entre os agentes comunitários de saúde, 67% deles têm remuneração entre R\$ 601,00 e R\$ 800,00, conforme tabela 21.

Em relação à complementação salarial, 83% dos médicos e 60% dos enfermeiros mencionaram não receber nenhum tipo de benefício ou complementação salarial para atuar na estratégia de saúde da família. Entre os que recebem, um médico e quatro enfermeiros mencionaram receber benefício por meio de salário insalubridade.

Tabela 21 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: remuneração bruta total, segundo Auxiliares/Técnicos em Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, 2012.

Remuneração total	Auxiliares/Técnicos em Enfermagem		Agentes Comunitários da saúde	
	n	%	n	%
De R\$401,00 até R\$600,00	-	-	2	22,2
De R\$601,00 até R\$800,00	-	-	6	66,7
De R\$801,00 até 1.000,00	8	80	-	-
Mais de R\$1.000,00	2	20	-	-
Não respondeu	-	-	1	11,2
Total	10	100	9	100

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

Entre os auxiliares/técnicos em enfermagem, 90% recebem algum tipo de incentivo para trabalhar na estratégia de saúde da família. Este incentivo para a totalidade dos que recebem se dá por meio de salário insalubridade. Também vale citar que 67% recebem auxílio-transporte. Entre os agentes comunitários de saúde, 22% recebem incentivo de auxílio-transporte.

Tabela 22 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: Tipo de benefício ou complementação salarial recebida para atuação na ESF para profissionais de saúde selecionados, 2012.

Tipo de benefício ou complementação salarial	Médicos		Enfermeiros		Auxiliares/Técnicos em Enfermagem		Agentes Comunitários de Saúde	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Insalubridade	1	100	4	100	9	100	-	-
Auxílio transporte	-	-	-	-	6	66,6	2	100
Total	1	100	4	100	9	100	2	100

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Observação: n = 1 médico; n = 4 enfermeiros; n = 9 auxiliares/técnicos em enfermagem; n = 2 agentes comunitários de saúde

Organização: Maria José Rodrigues, 2012

Nessa primeira parte, que trata do perfil das equipes, da formação dos profissionais, da experiência de trabalho anterior em saúde da família, da inserção profissional - vínculo trabalhista, mecanismos de seleção e remuneração, constatamos que a maioria dos profissionais pesquisados são do sexo feminino, indicando uma possível femininização das profissões ligadas a ESF no município. Os mecanismos de seleção e de contratação dos profissionais das equipes de

saúde da família em Uberlândia nos permitem considerar que a seleção dos profissionais que responderam a pesquisa foi predominantemente por entrevista e análise de currículo, sendo que a aplicação de prova, que poderia ser um critério de avaliação que permitiria verificar se esses profissionais entendem e são comprometidos minimamente com o modelo de APS a ser praticado pela ESF, é um critério pouco utilizado pelas duas instituições que fazem a gestão do trabalho nas equipes de saúde da família.

Outro aspecto importante é em relação à formação e a rotatividade desses profissionais. A adoção de um Plano de Cargos, Carreiras e Salários certamente deixaria esses profissionais mais seguros em relação a sua estabilidade, mais motivados a se capacitarem e a terem uma melhor formação e um melhor ganho salarial. É descabida a ideia de aceitar que um profissional que trabalha há nove anos na ESF, como é o caso de uma enfermeira e uma médica que tivemos a oportunidade de conversar durante a pesquisa, receber o mesmo salário de um profissional que acaba de se formar e entra na ESF sem concurso público e, muitas vezes, por indicação política, não tendo formação adequada e nem perfil para trabalhar na ESF. Esse profissional certamente ficará na equipe somente até conseguir passar em uma residência médica, dificultando o vínculo e aumentando a rotatividade dos profissionais.

Outro problema verificado é em relação ao ACS, que deve ter um papel mais importante na equipe já que vive na área onde atua e é o que mais está em contato com a população, vivenciando como morador e como trabalhador os problemas da comunidade. Esse deve ser mais bem capacitado para entender minimamente de APS e de ESF, sendo que sua possibilidade de progressão na carreira é limitada, já que a maioria possui pouca escolaridade.

#### **4.4.3. Rotatividade e estratégias de fixação dos profissionais**

Para a compreensão da rotatividade sob a perspectiva dos profissionais, identificou-se inicialmente o tempo de atuação no município e a permanência na mesma equipe. Também se buscou conhecer a percepção dos médicos e enfermeiros a respeito de possíveis razões de insatisfação que pudessem contribuir para a rotatividade dos profissionais.

Em relação ao tempo de atuação dos profissionais de nível superior no município de Uberlândia, tem-se que 58% deles atuam no município há mais de cinco anos.



Para os profissionais médicos, o percentual é de 67% e, para a categoria das enfermeiras, é de 50%. De acordo com os intervalos estabelecidos para a amostragem e fazendo uma comparação entre médicos e enfermeiros, tem-se que:

- a. é maior o percentual de médicos que atuam no município há menos de seis meses (17%) em relação às enfermeiras (10%);
- b. é maior o percentual de enfermeiras que atuam de dois a cinco anos (20%) em relação aos médicos (17%);

Tabela 23 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: tempo de atuação de médicos e enfermeiros na ESF no município, 2012.

Tempo na ESF no município	Médicos		Enfermeiros	
	n	%	n	%
Até 6 meses	1	16,7	1	10
De 7 a 12 meses	-	-	-	-
De 13 a 24 meses	-	-	2	20
De 2 a 5 anos	1	16,7	2	20
Mais de 5 anos	4	66,6	5	50
Total	6	100	10	100

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

Ainda sobre tempo de atuação dos profissionais de nível superior nas equipes de saúde da família da cidade de Uberlândia descobrimos que das 40 equipes existentes na área urbana, no momento da pesquisa, 18 equipes tinham profissionais recém-formados, que começaram a trabalhar na ESF sem passar por um processo seletivo e estão lá por algum tipo de indicação. Outro achado importante é o fato de que somente sete médicos estão nas equipes desde 2003/2004 período de implantação das 30 equipes iniciais. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA, 2012).

Percebemos que a ESF é usada como forma de trabalho e tempo de estudo para os recém-formados que muitas vezes atuam nas equipes até passarem na residência médica.

Entre os auxiliares/técnicos em enfermagem, 50% atuam há mais de cinco anos e 30% atuam no período entre dois e cinco anos. Em relação aos agentes comunitários de saúde, 44% atuam entre dois e cinco anos e a mesma porcentagem há mais de cinco anos.

Tabela 24 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: Tempo de atuação de Auxiliares/Técnicos em Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde na ESF no município, 2012.

Tempo na ESF no município	Auxiliares/Técnicos em Enfermagem		Agentes Comunitários de Saúde	
	n	%	n	%
Até 6 meses	1	10	1	11,2
De 7 a 12 meses	1	10	-	-
De 13 a 24 meses	-	-	-	-
De 2 a 5 anos	3	30	4	44,4
Mais de 5 anos	5	50	4	44,4
Total	10	100	9	100

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

Em relação à rotatividade de profissionais entre as equipes, esta foi observada em número maior entre os médicos, pois 77% já mudaram de equipe dentro do município. Esta mudança aconteceu por necessidade gerencial (17%), a pedido do médico (33%), a pedido do médico e por necessidade gerencial (17%). Em relação à categoria das enfermeiras, a rotatividade foi menor, pois 70% estão na mesma equipe desde quando começaram a trabalhar na estratégia de saúde da família.

Tabela 25 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: atuação na ESF do município segundo médicos e enfermeiros, 2012.

Atuação na ESF	Médicos		Enfermeiros	
	n	%	n	%
Sempre nesta mesma equipe	2	33,3	7	70
Em mais de uma equipe do PSF neste município, tendo mudado por necessidade gerencial	1	16,7	1	10
Em mais de uma equipe do PSF neste município, tendo mudado a seu pedido	2	33,3	1	10
Em mais de uma equipe do PSF neste município, tendo mudado a seu pedido e por necessidade gerencial	1	16,7	1	10
Total	6	100	10	100

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

Entre os auxiliares/técnicos em enfermagem, metade atuou sempre na mesma equipe e 20% já atuou em mais de uma equipe, tendo mudado por necessidade gerencial. Outros 20% de auxiliares/técnicos em enfermagem mudaram de equipe a próprio pedido.

Entre os agentes comunitários de saúde, a totalidade atuou sempre na mesma equipe; única categoria profissional investigada que não apresentou

rotatividade dentro da estratégia de saúde da família. Esse fato deve ser relativizado, pois as normatizações para categoria profissional dos ACS mencionam que para esses profissionais atuarem na equipe de saúde da família esses precisam ser moradores da área, então isso explica a não rotatividade já que só poderiam mudar de equipes se mudassem de endereço residencial.

Tabela 26 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: atuação na ESF do município segundo Auxiliares /Técnicos em Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, 2012.

Atuação na ESF	Auxiliares/Técnicos em Enfermagem		Agentes Comunitários de Saúde	
	n	%	n	%
Sempre nesta mesma equipe	5	50	9	100
Em mais de uma equipe do PSF neste município, tendo mudado por necessidade gerencial	2	20	-	-
Em mais de uma equipe do PSF neste município, tendo mudado a seu pedido	2	20	-	-
Em mais de uma equipe do PSF neste município, tendo mudado a seu pedido e por necessidade gerencial	-	-	-	-
Não respondeu	1	10	-	-
Total	10	100	9	100

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

As principais razões para insatisfação e rotatividade, na percepção dos médicos e enfermeiras pesquisados, estão ligadas aos seguintes fatores:

- a) Remuneração inadequada dos profissionais (médicos 83% e enfermeiras 40%);
- b) Baixa oportunidade de progressão profissional (médicos 83% e enfermeiras 50%);
- c) Instabilidade do vínculo (67% dos médicos).

Outros fatores também foram apontados como causadores de insatisfação e rotatividade, sendo os seguintes:

- a) Baixo comprometimento dos profissionais com o PSF (médicos 50% e enfermeiros 40%);
- b) Condições de trabalho precárias tais como a infraestrutura deficiente das unidades de saúde, insumos insuficientes (médicos 50% e enfermeiros 20%);
- c) Exigência de carga horária integral (médicos 33% e enfermeiros 40%).
- d) Baixa oportunidade de capacitação e formação profissional (33% para médicos e 30% enfermeiros).

Tabela 27 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: razões para a insatisfação e rotatividade na ESF, segundo médicos e enfermeiros, 2012.

Razões para insatisfação e rotatividade	Médicos		Enfermeiros	
	n	%	n	%
Instabilidade do vínculo	4	66,7	2	20
Remuneração inadequada dos profissionais	5	33,3	4	40
Condições de trabalho precárias (infra-estrutura deficiente das unidades de saúde, insumos insuficientes)	3	50	2	20
Exigência da carga horária integral	2	33,3	4	40
Formação prévia dos profissionais incompatível com modelo proposto	2	33,3	1	10
Existência de outras oportunidades de emprego	2	33,3	2	20
Baixa oportunidade de progressão profissional	5	83,3	5	50
Baixa oportunidade de capacitação e formação profissional	2	33,3	3	30
Baixo comprometimento dos profissionais com o PSF	3	50	4	40
Falta de garantia de acesso a outros níveis de atenção	1	16,7	-	-
Baixa resolutividade das Unidades de Saúde da Família	-	-	-	-
Motivos pessoais	1	16,7	5	50
Outro	-	-	-	-
Não sabe informar	-	-	1	10

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

Sobre os motivos da insatisfação e rotatividade na ESF, o Diretor de Gestão de Pessoas reforça dizendo que

O problema é da perspectiva que nós temos uma instituição formada com uma residência voltada para algumas especialidades médicas. Se eu tivesse dificuldade com horário, como eu teria médicos (de PSF) trabalhando nas UAIS sendo plantonistas? O problema é a política salarial que eles sempre acham que estão ganhando muito pouco. E você pode aumentar o salário do médico do PSF que não vai ser o que ele espera ganhar depois da residência. Então a dificuldade que nós temos talvez (é) de ter apenas uma instituição formadora no município de Uberlândia, que ainda que eles tenham um esforço muito grande, você pega uma turma de 40 alunos, quantos querem trabalhar no PSF? Poucos. Poucos querem trabalhar como carreira. (DIRETOR DE GESTÃO DE PESSOAS, 2012).

O maior problema apontado por alguns profissionais entrevistados realmente não é o valor do salário pago para os médicos da ESF de Uberlândia. O problema é o que eles deixam de ganhar. Pois, se eles tem que cumprir 40 horas de trabalho semanal sobra pouco tempo para fazerem plantões nas outras unidades públicas de saúde (UAIs, Hospital Municipal) e também em unidades privadas. Outro fato é que esses profissionais acabam deixando de fazer parte de uma rede de contatos já que o médico de saúde da família não é muito bem reconhecido por algumas especialidades médicas, que os consideram “médicos de pobre”.

A grande rotatividade e a pouca disponibilidade de profissionais para as demandas da APS, com destaque para o médico, constituem duas dificuldades importantes. De acordo com dados de pesquisa nacional sobre precarização e qualidade do emprego no PSF, realizada pelo Nescon/FM/UFGM em 2006, 60% dos médicos de Saúde da Família, por exemplo, ficam menos de dois anos no posto de trabalho.

Sobre as estratégias que a gestão adota para fixar e atrair esse profissional para trabalharem na ESF, o Diretor de Gestão de Pessoas responde:

Olha eu vou ser muito honesto, não existe nenhuma estratégia. Não existe estratégia, é verdade não tem estratégia. Quando nós estávamos no momento anterior de fixação (2003 a 2005), divulgava-se (que) era mesmo uma questão de salário atrativo. Então acaba que no PSF, nos últimos dois anos, ele está meio estável. Porque quem acaba de se graduar acha o PSF mais tranquilo. (DIRETOR DE GESTÃO DE PESSOAS, 2012) *Grifo da autora.*

Mesmo que o médico não tenha formação generalista, ele pode trabalhar na ESF. Um estudo realizado por Giovanella (2009) demonstrou que no Brasil é baixa a proporção de médicos generalistas entre os profissionais em atividade. Na Espanha, por exemplo, eles correspondem a 37% do total de médicos em atividade, na Bélgica, a 46%, na França, a 54% e no Reino Unido, a 60%. No ano de 2007, o Brasil contava com 243.302 médicos atuantes. Deste total, 18.669 trabalhavam na saúde da família e mesmo entre esses, apenas uma pequena parte tem a formação de generalista.

Outro desafio considerável é romper com características hegemônicas do modelo de saúde, centrado em procedimentos, e organizar a produção do cuidado a partir das necessidades do usuário, instituindo um modelo usuário-centrado, conforme enfatizado por diversos autores. No SUS, a operacionalização das propostas de gestão da clínica nas redes de atenção à saúde tem sido enfatizada por alguns autores.

É preciso que haja uma mudança de vertente com a introdução do paradigma da saúde em contraposição ao paradigma da doença. Segundo essa proposição, o processo de construção social da saúde, baseada na ação intersetorial e na crescente autonomia das populações em relação à saúde, é que deveria passar a ser central, reorientando as relações entre profissionais de saúde e comunidade (Mendes, 1996).

Mendes (2007) propõe “trilhas para uma atenção à saúde efetiva e de qualidade”, com utilização de tecnologias de gestão da clínica orientadas por

diretrizes clínicas que se desdobrariam em gestão da condição de saúde, gestão de caso, auditoria clínica e lista de espera, gestão de patologias e adoção de protocolos clínicos e linhas-guia, entre outras.

Em síntese, a atuação profissional sempre na mesma equipe predomina entre as quatro categorias profissionais pesquisadas, havendo menor rotatividade entre as enfermeiras e agentes comunitários de saúde. O profissional que apresentou maior rotatividade foi o médico, com a maior incidência motivada a pedido, ao passo que, entre os auxiliares/técnicos em enfermagem, a mudança maior aconteceu por necessidade gerencial e ao seu pedido.

Constatamos que os profissionais de nível superior consideram como as principais razões para insatisfação e rotatividade: a remuneração inadequada dos profissionais, a baixa oportunidade de progressão profissional e a instabilidade do vínculo. Todos esses fatores estão diretamente relacionados ao tipo de contrato de trabalho que esses profissionais têm com as instituições que fazem a gestão das unidades de saúde. A falta de PCCSs é um fator que deve ser considerado, o que não permite progressão dentro da ESF e deixa o vínculo instável.

Outros fatores também foram apontados como causadores de insatisfação e rotatividade, entre eles estão o baixo comprometimento dos profissionais com a ESF, condições de trabalho precárias, tais como a infraestrutura deficiente das unidades de saúde e insumos insuficientes, exigência de carga horária integral e baixa oportunidade de capacitação e formação profissional.

Mas é preciso considerar também que, dos 16 profissionais de nível superior pesquisados, nove desses profissionais atuam em equipes de Saúde da Família há mais de cinco, demonstrando que uma parcela importante dos profissionais pesquisados se identificam com o modelo de atenção à saúde adotado por essa estratégia. O que falta para esses profissionais é, além de estratégia, maior valorização por parte do gestor local, que ainda não a assumiu como modelo estruturante da atenção primária do município.

#### **4.5. Capacitação para o trabalho na estratégia de saúde da família**

Na visão da maior parte dos profissionais de nível superior, em Uberlândia não há incentivos para a formação, sendo que 83% dos médicos e 60% das enfermeiras mencionaram não receber nenhum tipo de incentivo para formação. Dos

que mencionaram receber algum tipo de incentivo para formação, o principal incentivo é a liberação da carga horária para realização de cursos (totalidade dos médicos e enfermeiros). Para a metade dos enfermeiros, o incentivo também acontece por meio do apoio para participação em eventos científicos (financeiro, logístico, liberação de carga horária) e promoção de eventos científicos.

Tabela 28 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: tipo de incentivos à formação recebidos, segundo médicos e enfermeiros, 2012

Tipo de incentivo	Médicos		Enfermeiros	
	n	%	n	%
Liberação de carga horária para realização de cursos	1	100	4	100
Realização de parcerias para oferta de cursos	-	-	-	-
Apoio para participação em eventos científicos (financeiro, logístico, liberação de carga horária)	-	-	2	50
Promoção de eventos científicos	-	-	2	50

Fonte: Pesquisa direta 2012.

Observação: n = 1 médico; n = 4 enfermeiros.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012

Segundo o Diretor de Gestão de Pessoas, não existe liberação de carga horária para participação em eventos científicos ou auxílio financeiro para formação e, quando existe, são somente para eventos nacionais, congressos nacionais conduzidos pelo Ministério da Saúde ou uma premiação de PSF ou alguma coisa que é de reconhecimento da realidade do município. Só nesses casos os profissionais da ESF são liberados do horário de trabalho e são custeados.

Ainda segundo o Diretor de Gestão de Pessoas (2012), não há liberação porque essa política não existe para o PSF, já que os profissionais são contratados pela Fundação Maçônica Manoel dos Santos ou pela Organização Social Missão Sal da Terra, que são as duas instituições que fazem a gestão das unidades de saúde da família e não há PCCS contratado pelo regime CLT. A liberação para a formação só existe para o servidor efetivo que, em geral, não está na ESF. Alguém que entrar no PSF vai ganhar o mesmo valor daquela pessoa que entrou em 2003.

Em nossa amostra, perguntamos qual a capacitação necessária para exercer as atividades na equipe de saúde da família e a totalidade dos profissionais de nível superior apontou que participar de encontros entre os profissionais da saúde da família promovidos pela Secretaria Municipal de Saúde é fundamental para a sua capacitação. Receber treinamento de atualização em atenção básica foi apontado como fundamental para 83% dos médicos e 80% das enfermeiras. As assertivas de

receber treinamento introdutório adequado às novas atribuições; receber capacitação permanente sobre atenção a grupos específicos e realizar curso de especialização em Saúde da Família foram relatadas na mesma proporção por médicos (67%) e enfermeiras (50%). Também foi bastante mencionada por esses profissionais a possibilidade de receber treinamento que permita a elaboração ou aperfeiçoamento da análise do perfil epidemiológico local para 50% dos médicos e 40% das enfermeiras, conforme pode ser visto na tabela 29.

Tabela 29 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: capacitação necessária para exercer a atual atividade, segundo Médicos e Enfermeiros, 2012.

Capacitação	Médicos		Enfermeiros	
	n	%	n	%
Receber treinamento introdutório adequado às novas atribuições	4	66,7	5	50
Receber treinamento de atualização em atenção básica	5	83,3	8	80
Receber treinamento que permita a elaboração ou aperfeiçoamento da análise do perfil epidemiológico local	3	50	4	40
Receber capacitação permanente sobre atenção a grupos específicos	4	66,7	5	50
Participar de encontros entre os profissionais da saúde da família promovidos pela secretaria	6	100	0	100
Realizar curso de especialização em Saúde da Família	4	66,7	5	50
Realizar curso de especialização em Saúde Pública	1	16,7	3	30
Realizar curso de especialização em sua área de formação	-	-	-	-
Não tem opinião formada	-	-	-	-

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

Para a efetiva mudança do modelo de atenção à saúde em Uberlândia, existe a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços de saúde e do processo de trabalho das equipes de saúde da família, exigindo de seus atores (gestores, profissionais e usuários) maior capacidade de intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, bem como a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho.

Um pressuposto importante da educação permanente é o planejamento/programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas, que promovam o diálogo entre as políticas gerais e



a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde. (BRASIL, 2012)

A educação permanente entra nesse contexto com a finalidade da transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho. Deve basear-se em um processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho, entre outros) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos, para que esses tenham uma aprendizagem significativa. Por isso, é importante que os temas abordados no processo de educação permanente tenham uma relação direta com o trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde da família.

## **Capítulo 5**

**Integração da rede de serviços públicos de saúde e políticas intersetorias envolvendo a Estratégia de Saúde da Família em Uberlândia**

Neste capítulo pretendemos discutir a integração da estratégia de saúde da família à rede de serviços públicos de saúde a partir da visão dos principais sujeitos envolvidos com a temática. Pretendemos também verificar quais são as ações intersectoriais envolvendo as equipes de saúde da família. Aplicamos questionários a médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde e trabalhamos também com a perspectiva dos usuários cadastrados nas equipes por meio de entrevista estrutura. Para complementar a nossa análise, entrevistamos quatro gestores municipais ligados à temática em Uberlândia (QUADROS 11 e 12).

Quadro 11: Uberlândia: ESF - número de profissionais e famílias que responderam aos questionários

<b>Profissionais e famílias</b>	<b>Número de entrevistados</b>
Médicos	6
Enfermeiros	10
Auxiliares/técnicos de enfermagem	10
Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	09
Famílias cadastradas na Saúde da Família	48
<b>Total de questionários aplicados</b>	<b>83</b>

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

Quadro 12: Uberlândia: número de gestores e gerentes entrevistados

<b>Gerentes e gestores</b>	<b>Número de entrevistados</b>
Coordenadora do Setor Sanitário Sul	01
Diretora da Gerência de Informação e Planejamento em Saúde	01
Diretor do Núcleo de Gestão de Pessoas da SMS	01
Coordenadora da Atenção Primária à Saúde no período 2004 a 2010 e atual coordenadora da Regulação, Avaliação e Auditoria do SUS	01

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

### 5.1. Acesso das famílias usuárias da ESF à atenção especializada segundo profissionais e famílias

Para analisarmos o acesso das famílias cadastradas à atenção especializada, os questionários, aplicados a profissionais, e entrevistas estruturadas, realizadas com famílias cadastradas, abordaram os seguintes temas: o percurso mais comum do usuário desde o encaminhamento da Estratégia Saúde da Família, a utilização de normas e de procedimentos para referência e contrarreferência pelos profissionais, a existência de central de marcação de consultas, realização de agendamento para outros serviços, tempo médio de espera, resolutividade do atendimento, tipo de serviços de saúde utilizado para referência, modo de encaminhamento e consecução do atendimento pelo especialista.

A tabela 30 demonstra que quando um paciente é atendido na UAPSF e precisa ser encaminhado para consulta especializada em Uberlândia, o percurso mais comum, segundo 66,6% dos médicos e 90% dos enfermeiros entrevistados, é o agendamento feito pela própria unidade de saúde. A data é informada posteriormente ao usuário.

Tabela 30 – Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família - percurso mais comum quando um paciente é atendido na UAPSF e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, segundo médicos e enfermeiros – 2012.

Percurso	Médicos		Enfermeiros	
	n	%	n	%
O paciente sai da unidade com a consulta agendada	1	16,7	-	-
A consulta é agendada pela UAPSF e a data posteriormente informada ao paciente.	4	66,6	9	90
A consulta é agendada pelo próprio paciente junto à central de marcação	-	-	1	10
O paciente recebe uma ficha de encaminhamento e deve dirigir-se a qualquer unidade especializada	-	-	-	-
O paciente recebe uma ficha de encaminhamento sendo orientado pelo médico a procurar um determinado serviço ou profissional	-	-	-	-
Não há um percurso definido	1	16,7	-	-
Total	6	100	10	100

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

O modo de encaminhamento e de agendamento da consulta com especialista foi confirmado com os usuários. A maioria dos entrevistados (76%) informou que a

referida consulta realizada nos últimos doze meses foi agendada na UAPSF, 8% deles informaram que agendaram a consulta pela Central de Marcação e um entrevistado informou que recebeu uma ficha de encaminhamento e agendou a consulta no serviço indicado pela UAPSF. De acordo com o Coordenador da Atenção Primária, este fato ocorre nos casos de urgência e nos quais a UAPSF não consegue marcar a consulta em tempo hábil por falta de vagas, então é sugerido ao usuário tentar um “encaixe” em uma Unidade de Atendimento Integrado que possua a especialidade. Existem também os casos em que os profissionais das UAPSF mencionam a necessidade de consulta com o especialista, mas o usuário não recebeu a ficha de encaminhamento (8%), conforme tabela 31.

Tabela 31 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família modo de encaminhamento do paciente para consulta com especialista nos últimos doze meses, segundo médicos e enfermeiros – 2012.

<b>Modo de Encaminhamento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
A consulta com especialista foi agendada pela UAPSF	19	76
O(a) Sr.(a) agendou a consulta na central de marcação	2	5
O(a) Sr.(a) recebeu uma ficha de encaminhamento e agendou a consulta no serviço indicado pela UAPSF	1	4
O(a) Sr.(a) recebeu uma ficha de encaminhamento e procurou por conta própria um serviço de saúde	-	-
Foi dito que o(a) Sr.(a) necessitava consultar especialista, mas não recebeu ficha de encaminhamento	2	8
Outro	1	4
Total	25	100

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Observação: n = 25 entrevistados que realizaram consulta com especialista nos últimos 12 meses.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012

As consultas com especialistas foram realizadas em diferentes tipos de unidades de saúde. Cerca 8% foram encaminhados para Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), 52%, para Unidades de Atendimento Integrado (UAI), 20%, para Ambulatório de hospital público, 4%, Ambulatório ou Consultório de Clínica ou hospital privado, 8%, Pronto-Socorro ou emergência públicos e 4%, Consultório particular. Verifica-se que a principal referência para atenção secundária em Uberlândia são as Unidades de Atendimento Integrado.

A metade dos médicos e a maioria dos enfermeiros (90%) informaram que os profissionais de saúde de sua unidade recorrem, sempre ou na maioria das vezes, às normas definidas para referência e contrarreferência. No entanto, 50% dos médicos e 10% dos enfermeiros mencionaram que poucas vezes utilizam as normas

definidas para referência, mostrando um descompasso entre a utilização das normas por médicos e enfermeiros.

Quando um usuário precisa ser referido a outros serviços, os médicos mencionaram que em 83,7% dos casos não discutem ou indicam os possíveis lugares de atendimento para estes usuários. Entre os enfermeiros, a proximidade entre usuários e profissionais de saúde se mostrou melhor já que 80% mencionaram discutirem sempre ou na maioria das vezes os possíveis lugares de atendimento para os seus agravos à saúde.

Tabela 32 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família - frequência de uso e normas e procedimentos para referência informada por médicos e enfermeiros, 2012.

Normas e procedimentos	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Médicos</b>										
Com que frequência os profissionais de saúde da sua unidade utilizam normas definidas para referência e contrarreferência	2	33,3	1	16,7	3	50	-	-	6	100
Quando um usuário precisa ser referido a outros serviços, os profissionais de atenção básica discutem com ele ou indicam os possíveis lugares de atendimento	-	-	1	16,7	5	83,7	-	-	6	100
<b>Enfermeiros</b>										
Com que frequência os profissionais de saúde da sua unidade utilizam normas definidas para referência e contrarreferência	5	50	3	30	1	10	-	-	10	100
Quando um usuário precisa ser referido a outros serviços, os profissionais de atenção básica discutem com ele ou indicam os possíveis lugares de atendimento.	5	50	3	30	2	20	-	-	10	100

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

Em relação às famílias que tiveram alguma experiência de encaminhamento para especialistas, todas relataram receber informações por escrito pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família no encaminhamento ao especialista. Já a contrarreferência formalizada é um pouco menos frequente.

Com o prontuário eletrônico, a referência e a contrarreferência tendem a melhorar, o que, segundo a coordenadora do Setor Sanitário Sul

(...) é o que a gente tem visto de muito positivo. Que referência e a contrarreferência são difíceis de funcionar em qualquer lugar. Você manda uma referência para o médico e espera que ele responda para você na contrarreferência. Aí vai muito da vontade própria. Umas pessoas são muito atenciosas e lhe respondem, outras não. Com o prontuário eletrônico é um pouco diferente, porque o prontuário eletrônico já está sintonizado na rede. Só quem tem condição de visualizar são os profissionais de nível superior, num atendimento de referência eles têm a contrarreferência dentro das unidades que têm o prontuário eletrônico. (COORDENADORA DO SETOR SANITÁRIO SUL, 2012).

O processo de implantação dos prontuários eletrônicos nas unidades de saúde da família vem ocorrendo desde 2010, sendo que se consolidou como uma importante ferramenta para a referência e contrarreferência em 2012. Todas as UAPSFs, UAPSs e UAIs (parte ambulatorial) possuem o prontuário eletrônico, que está sendo utilizado para marcação de consultas, consultas a resultados de exames laboratoriais, planejamento de ações de saúde, entre outras.

Em relação à Central de Marcação, todos os médicos e enfermeiros relataram a sua existência. Essa central é responsável pela marcação de consultas especializadas em Uberlândia. Em relação à frequência de agendamento para outros serviços, 83,3% dos médicos afirmaram conseguir agendar para os ambulatorios de média complexidade sempre ou na maioria das vezes. No que se refere aos serviços de apoio diagnóstico e terapia, 66% destes profissionais relataram obter este agendamento. Mais de 80% dos médicos relataram que sempre ou na maioria das vezes conseguem agendamento para maternidade. Em relação aos procedimentos de alta complexidade, o total dos médicos mencionou que poucas vezes consegue agendar tais procedimentos e metade informou conseguir agendar internações, o que sugere esta não ser sua atribuição rotineira. Isso demonstra que, na hierarquia da rede de atenção à saúde, a Atenção Primária à Saúde de Uberlândia não tem uma relação direta com os serviços de alta complexidade e internações, fato que acontece em outros municípios do país (MENDES, 2007).

Entre os enfermeiros que participaram da pesquisa, 90% informaram que sempre ou na maioria das vezes obtêm agendamento para serviços ambulatoriais de média complexidade e, 60%, para serviços de apoio diagnóstico e terapia. Para os serviços de maternidade, 70% disseram obter agendamento. Em relação aos

procedimentos de alta complexidade/alto risco e as internações, apenas 40% mencionaram conseguir agendamento, conforme tabela 33.

Tabela 33 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família - Frequência com que conseguem realizar o agendamento para outros serviços segundo médicos e enfermeiros – 2012.

Serviços	Médicos									
	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ambulatório de média complexidade	-	-	5	83,3	1	17	-	-	-	-
Procedimento de alta complexidade/alto custo	-	-	-	-	6	100	-	-	-	-
Serviço de Apoio diagnóstico e terapia	-	-	4	66,7	2	33,3	-	-	-	-
Maternidade	3	50	2	33,3	1	17	-	-	-	-
Internações	-	-	3	50	1	17	1	16,7	1	16,7

Serviços	Enfermeiros									
	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ambulatório de média complexidade	1	10	8	80	1	10	-	-	-	-
Procedimento de alta complexidade/alto custo	-	-	4	40	5	50	1	10	-	-
Serviço de Apoio diagnóstico e terapia	1	10	5	50	3	30	1	10	-	-
Maternidade	2	20	5	50	-	-	2	20	1	10
Internações	1	10	3	30	3	30	2	20	1	10

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

Em relação ao tempo médio de espera do paciente referenciado para outros níveis de complexidade, perguntamos para os médicos e enfermeiros qual era o tempo médio de espera para consultas especializadas e 33% deles mencionaram que a espera é de três meses ou mais. Para consultas de cardiologia e exames de radiologia e ultrassom, metade dos médicos disse que a espera é de três meses ou mais. E de acordo com 83% dos médicos, a espera para cirurgia eletiva é de três meses ou mais. Para exames de patologia clínica, os resultados foram melhores levando em média até três semanas (66,%).

Quanto aos enfermeiros, 50% destes profissionais mencionaram que leva de uma semana a um mês a espera para consultas especializadas. Para cardiologia, o tempo médio de espera foi estimado de um a dois meses (50%). Cerca de 70% destes profissionais consideraram o tempo médio de espera de até três semanas



para exames de patologia clínica e de até dois meses para exames de radiologia e ultrassom (60%). Sobre o tempo médio de espera para internações para cirurgia eletiva, 20% não souberam responder.

Tabela 34 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família - tempo médio de espera do paciente referenciado para outros níveis de complexidade estimado por médicos e enfermeiros - 2012.

Médicos														
Atividades	1 a 2 dias		3 a 7 dias		1 a 3 semanas		1 mês		2 meses		3 meses e mais		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Consultas especializadas	-	-	-	-	1	1,67	2	33,3	1	16,7	2	33,3	-	-
Consultas de cardiologia	-	-	-	-	-	-	3	50	1	16,7	3	50	-	-
Exames patologia clínica	2	33,3	1	16,7	1	16,7	-	-	2	33,3	-	-	-	-
Exames radiologia e ultrassom	-	-	-	-	1	16,7	1	16,7	1	16,7	3	50	-	-
Internações para cirurgia eletiva	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	83,3	1	16,7

Enfermeiros														
Atividades	1 a 2 dias		3 a 7 dias		1 a 3 semanas		1 mês		2 meses		3 meses e mais		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Consultas especializadas	-	-	-	-	1	10	4	40	1	10	2	20	2	20
Consultas de cardiologia	-	-	1	10	1	10	4	40	1	10	3	30	-	-
Exames patologia clínica	4	40	1	10	2	20	2	20	-	-	1	10	-	-
Exames radiologia e ultrassom	-	-	1	10	-	-	4	40	2	20	3	30	-	-
Internações para cirurgia eletiva	-	-	-	-	-	-	-	-	2	20	6	60	2	20

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

Para as famílias entrevistadas que têm integrantes com experiência de atendimento em Saúde da Família foi perguntado sobre a resolutividade do atendimento e a necessidade de encaminhamento para o especialista e 35,4% mencionaram que conseguiram resolver o problema de saúde neste atendimento. Quase metade (47,9%) informou que precisaram procurar um especialista, demonstrando que ainda perdura a ideia de que somente o médico especialista consegue resolver os problemas de saúde numa parcela significativa da população usuária das UAPSFs.

Mehry (1997), versando sobre trabalho do médico no PSF no Brasil, diz que, além da segmentação, há ainda o problema da atitude do médico, cujo trabalho é marcado pelo distanciamento com relação aos interesses dos usuários, pelo isolamento com relação aos outros trabalhadores da saúde e pelo predomínio de

modalidades de intervenção centradas nas tecnologias duras, isto é, por um modelo assistencial voltado para a produção de ações baseadas em máquinas e procedimentos. O trabalho médico orientado por este modelo se isola dos outros trabalhos em saúde, se especializando à introdução de cada novo tipo de associação entre procedimentos e máquinas, necessitando de uma autonomia que o separa das outras modalidades de abordagem em saúde e alimenta-se de uma organização corporativa poderosa, voltada, eticamente, para si mesma.

Desta maneira, estas intenções, que comandam o trabalho médico comprometido com a produção de procedimentos, estão articuladas com um exercício da autonomia no trabalho clínico totalmente voltado para interesses privados, estranhos aos dos usuários, e isolado de um trabalho mais coletivo no interior das equipes de saúde, fechado e protegido no espaço físico dos consultórios, em nome de uma eficácia e de uma ética que não se sustentam em nenhum dado objetivo em termos da produção da saúde, reforçando, cada vez mais, essa necessidade do especialista (MERHY, 1997).

Na experiência recente de atendimento, a proporção de encaminhamentos é um pouco diferente, sendo que 58,3% dos entrevistados relataram que, para ele ou para alguém de sua família, não houve a necessidade de encaminhamento para especialistas. Já 27,1% deles foram encaminhados para outro serviço de saúde ou outro profissional e apenas 14,6% das famílias entrevistadas mencionaram que ninguém da família foi atendido pelo médico nos últimos 30 dias, demonstrando uma procura elevada pelos serviços das UAPSFs. Dos entrevistados que foram encaminhados para especialistas, 61,5% eram para consulta médica, 30,8% para realização de exames e 7,7% para internação ou cirurgia.

No que diz respeito ao efetivo atendimento pelo especialista a partir do encaminhamento nos últimos 12 meses, 76% dos usuários entrevistados relataram o atendimento pelo especialista e 24% mencionaram não ter conseguido consultar com o especialista, demonstrando problemas no funcionamento/organização da rede. Em alguns casos, a UAPSF entrega o formulário de agendamento para o usuário e este vai à consulta, mas, chegando lá, o seu nome não está no mapa de consulta do especialista e ele é impedido de consultar.

O intervalo de tempo transcorrido entre o encaminhamento pela equipe de saúde da família e a realização da consulta pelo especialista, na experiência dos usuários, foi um pouco melhor do que o estimado pelos profissionais: 40% dos entrevistados informaram que realizaram a consulta em até 20 dias; para 14%, o

tempo máximo transcorrido foi de até dois meses, enquanto que 46% relataram o tempo superior a dois meses. É preciso relatar que não perguntamos em qual especialidade o usuário consultou. Os resultados mostram o tempo médio global independentemente das especialidades, diferente da avaliação dos profissionais que foi feita por especialidades.

O acesso dos usuários da APS aos serviços especializados (nível secundário ou terciário) tem sido apontado como um dos gargalos da saúde pública no Brasil e em Uberlândia não foi diferente. Verificamos que a principal referência em Atenção Secundária em Uberlândia são as Unidades de Atendimento Integrado e que, para consultas especializadas, o tempo médio de espera, de acordo com os médicos e enfermeiros pesquisados, é de entre um e três meses ou mais, para a maioria dos médicos e enfermeiros.

Os exames de radiologia e ultrassom, importantes ferramentas para identificação de doenças no aparelho urinário e reprodutor, levam em média três meses ou mais para serem realizados. Ora, um paciente com uma cólica renal, uma suspeita de doença na próstata ou uma dor pélvica não pode esperar tanto tempo assim para a realização de um exame. Essa demora foi um dos motivos que levou à proposição desse estudo, uma vez que eu tive a vivência, na época da graduação em Geografia, quando trabalhava em uma clínica de imagem que prestava serviços para a Fundação Maçonica Manoel dos Santos, de presenciar muitos pacientes chegarem para fazer exames com a data do pedido que, às vezes, chegava a cinco meses antes da sua realização.

Outro fator que nos chama atenção é a dificuldade de se marcar consulta com cardiologista, uma vez que, para a maioria dos entrevistados, o tempo de espera é superior a três meses. Nesse caso, o problema está na pouca oferta desse profissional na rede, o que gera longas e intermináveis filas de espera. Mas o problema maior está na necessidade de melhorar o fluxo de pacientes na rede municipal de saúde. Pois muitas vezes existem as vagas e o sistema de regulação de consulta especializada não consegue disponibilizá-la adequadamente.

## **5.2. Acesso aos serviços de apoio à diagnose e terapia**

### **5.2.1. Acesso das famílias usuárias da ESF aos serviços de apoio à diagnose e terapia segundo profissionais das equipes e famílias**

Em relação ao acesso e à diagnose e terapia, por meio da aplicação de questionários para médicos e enfermeiros e entrevistas com famílias cadastradas na Estratégia Saúde da Família, foram avaliadas questões, como: tipos de exames que podem ser solicitados pelos profissionais das equipes, existência de normas definidas para solicitação de exames laboratoriais, existência de coleta de material para exames nas UAPSFs, acesso a exames pelas famílias cadastradas, conhecimento e existência de consulta de retorno para avaliação dos resultados dos exames, formas de agendamento e tempo médio de espera para realização de exames.

Todos os médicos e enfermeiros entrevistados em Uberlândia informaram que exames de hematologia, bioquímica, sorologias, eletrocardiograma, mamografia, ultrassonografia obstétrica e clínica podem ser solicitados pelos profissionais da Saúde da Família. Já para os exames de anatomopatologia e citopatologia, mais de 90% dos médicos e enfermeiros mencionaram que podem fazer as solicitações. Em relação aos exames de radiografia contrastada, colcoscopia, ecocardiografia, métodos endoscópicos e audiometria, 70%, 77%, 82%, 85% e 38% dos entrevistados, respectivamente, mencionaram poder solicitar tais exames, conforme tabela 35.

Em relação à existência de normas definidas para solicitação de exames laboratoriais informada por médicos e enfermeiros, 80% dos enfermeiros entrevistados informaram que existem sempre ou na maioria das vezes tais normas. Entre os médicos, a resposta foi a de que existe na maioria das vezes (50%), mas o percentual de “poucas vezes” e “nunca” atingiu 50% para estes profissionais, demonstrando que não existe clareza em relação às normas para solicitação de exames.

Tabela 35 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família - Tipos de exame que podem ser solicitados pelos profissionais de saúde da Família segundo médicos e enfermeiros - 2012.

Exames	Médicos		Enfermeiros		Total	
	n	%	n	%	n	%
Hematologia	6	100	10	100	16	100
Bioquímica	6	100	10	100	16	100
Sorologias	6	100	10	100	16	100
Anatomopatologia e citopatologia	5	83,3	10	100	15	92
Eletrocardiografia	6	100	10	100	16	100
Radiologia simples	6	100	9	90	15	95
Radiografia contrastada	3	50	9	90	12	70
Mamografia	6	100	10	100	16	100
Colposcopia	5	83,3	7	70	15	76,7
Ultra-sonografia obstétrica	6	100	10	100	16	100
Ultra-sonografia clínica	6	100	10	100	16	100
Ecocardiografia	5	83,3	8	80	15	92
Métodos endoscópicos	6	100	7	70	13	95
Audiometria	1	16,7	6	60	7	76,7

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

A Diretora de Informação e Comunicação em Saúde menciona que existem sim essas normas, o que falta é que os profissionais tenham de forma mais clara a importância de se seguir as linhas guias e consultar as normas sempre que existir dúvidas em relação aos exames que são permitidos por meio da ESF.

Em todas as UAPSF visitadas, a coleta de material para exames é realizada na própria unidade. Tal fato foi relatado pela quase totalidade de médicos e enfermeiros, que mencionaram que sempre ou quase sempre a coleta de material é feita na própria UAPSF. Avaliamos a frequência de agendamento para alguns serviços de saúde e verificou-se que 95% dos profissionais conseguem sempre ou na maioria das vezes agendamento para serviços de apoio diagnóstico e terapia. No que se refere à realização de exames de patologia clínica, 66% dos médicos estimaram tempo de espera para os usuários de até três semanas. Para exames de radiologia e ultrassonografia, 50% médicos relataram o tempo de espera de até três meses e a outra metade mencionou que a espera é de três meses ou mais.

Para as famílias entrevistadas, perguntamos sobre o acesso a exames em atendimento realizado pelas equipes de Saúde da Família e 60% delas afirmaram conseguir todos os exames. Cerca de 25% das famílias declararam fazer somente alguns exames, enquanto 15% dos entrevistados mencionaram que nunca

precisaram de exames. As famílias confirmaram a informação dos profissionais quanto ao local de coleta de material para exames de patologia clínica, sendo que, após o atendimento pela equipe de Saúde da Família, a maioria dos entrevistados (83%) ressaltou que a coleta é realizada na própria UAPSF.

Quanto à existência de consulta de retorno com o médico, após a busca dos resultados dos exames, 62% das famílias mencionaram que sempre ou na maioria das vezes realizam esse retorno. No entanto, 20% das famílias entrevistadas relataram que poucas vezes ou nunca conseguem consulta de retorno após os resultados dos exames. Isso reforçando a ideia anterior de que não existem estímulos por parte das UAPSF para que os usuários recebam instruções do médico após os resultados dos exames. Sobre o intervalo de tempo transcorrido entre a realização dos exames solicitados pelo médico da ESF e recebimento dos resultados, segundo entrevistados, para 78% o tempo médio foi de até 30 dias.

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

Segundo orientação do Ministério da Saúde (2012)

A atenção integral à saúde envolve o acolhimento, tanto da demanda programática, quanto da espontânea, em todas as fases do desenvolvimento humano (infância, adolescência, idade adulta e terceira idade), por meio de ações individuais e coletivas de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação. Essa integralidade da atenção também se expressa numa abordagem que não se limita aos aspectos físicos e patológicos, considerando também o sofrimento psíquico e os condicionantes sociais de saúde. As equipes de atenção básica também são responsáveis pela integralidade do acesso a todos os pontos da rede de serviços de saúde. (BRASIL, 2012, p.64)

No questionário direcionado aos médicos e enfermeiros, apresentou-se um conjunto de ações para que eles avaliassem o desempenho da Equipe de Saúde da Família quanto à atenção integral prestada à população. A totalidade dos médicos considera satisfatório o estabelecimento de vínculos com a população da área, 83% dos médicos consideram muito satisfatória e satisfatória a capacidade de a equipe de saúde da família conhecer os principais problemas de saúde da população e de intervir positivamente no enfrentamento destes problemas de saúde.

Na opinião dos médicos entrevistados, o desempenho da equipe é muito satisfatório a satisfatório para as seguintes ações: garantir acesso ao atendimento básico a toda a população cadastrada (67%), não existência de fila na porta da

UAPSF, acolhimento das demandas e realização de atividades preventivas individuais (83%), acompanhamento dos grupos prioritários, distribuição regular de medicamentos a grupos prioritários e resolução de 80% ou mais de casos atendidos pela sua equipe (67%).

O encaminhamento para outros níveis de atenção, quando necessário, e a garantia de atendimento em serviços especializados foram considerados insatisfatórios e muito insatisfatórios por metade dos médicos. Para 67% destes profissionais, é insatisfatório ou muito insatisfatório o retorno do paciente para atendimento pela equipe de saúde da família após o encaminhamento ao especialista e a capacidade de realizar ações educativas.

Os médicos também demonstraram que é insatisfatória ou muito insatisfatória a capacidade da equipe de garantir internação e garantir atendimento em serviços especializados (67%). Sobre a articulação com outros setores sociais atuantes na área de abrangência para enfrentamento de problemas identificados e a capacidade de mediação de ações intersetoriais para enfrentar problemas da comunidade, 83% estão insatisfeitos ou muito insatisfeitos, demonstrando a falta de políticas intersetoriais que abarquem os problemas das comunidades atendidas pela Estratégia de Saúde da Família em Uberlândia, conforme tabela 36.

A avaliação dos enfermeiros com relação a ações e atributos de garantia de atenção integral foram, de maneira global, mais positivas que a dos médicos. Todos os enfermeiros entrevistados consideraram o desempenho da equipe de saúde da família muito satisfatório e satisfatório quanto à atenção integral prestada à população adscrita no que se refere a: capacidade de conhecer os principais problemas de saúde da população, ao acolhimento das demandas, estabelecimento de vínculos com a população da área e a realização de atividades preventivas individuais (100%). Para 80% dos enfermeiros, a capacidade de intervir positivamente no enfrentamento dos problemas de saúde e a resolução de 80% ou mais de casos atendidos pela sua equipe é muito satisfatória e satisfatória. Outros itens, como: garantir o acesso ao atendimento básico a toda população cadastrada, acompanhamento e distribuição regular de medicamentos aos grupos prioritários e a capacidade de realizar ações educativas, foram avaliados como muito satisfatório e satisfatório para 70% dos enfermeiros entrevistados.

Tabela 36 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família - Desempenho da equipe quanto à atenção integral prestada à população segundo médicos, 2012.

Desempenho	Médicos									
	Muito satisfatório		Satisfatório		Insatisfatório		Muito Insatisfatório		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Capacidade de conhecer os principais problemas de saúde da população	2	33,3	3	50	1	16,7	-	-	-	-
b) Capacidade de intervir positivamente no enfrentamento dos problemas de saúde	5	83,3	-	-	1	16,7	-	-	-	-
c) Garantir o acesso ao atendimento básico a toda população cadastrada	-	-	4	66,7	2	33,3	-	-	-	-
d) Encaminhar para outros níveis de atenção, quando necessário	-	-	3	50	2	33,3	1	16,7	-	-
e) Garantir internação	-	-	-	-	4	66,7	1	16,7	1	16,7
f) Garantir atendimento em serviços especializados	-	-	1	16,7	4	66,7	1	16,7	-	-
g) Garantir realização de exames necessários	-	-	3	50	2	33,3	1	16,7	-	-
h) Não existência de fila na porta da unidade do PSF	-	-	5	83,3	-	-	1	16,7	-	-
i) Acolhimento das demandas	-	-	5	83,3	1	16,7	-	-	-	-
j) Estabelecimento de vínculos com a população da área	-	-	6	100	-	-	-	-	-	-
k) Retorno do paciente para atendimento pela equipe saúde da família, após encaminhamento ao especialista	-	-	2	33,3	4	66,7	-	-	-	-
l) Acompanhamento dos grupos prioritários	-	-	4	66,7	2	33,3	-	-	-	-
m) Distribuição regular de medicamentos a grupos prioritários	-	-	4	66,7	1	16,7	-	-	1	16,7
n) Resolução de 80% ou mais de casos atendidos pela sua equipe saúde da família	-	-	4	66,7	2	33,3	-	-	-	-
o) Capacidade de realizar ações educativas	-	-	2	33,3	4	66,7	-	-	-	-
p) Articulação com outros setores sociais atuantes na área de abrangência para enfrentamento de problemas identificados	-	-	1	16,7	5	83,3	-	-	-	-
p) Realização de atividades preventivas individuais	-	-	5	33,3	1	16,7	-	-	-	-
r) Capacidade de mediação de ações intersetoriais para enfrentar problemas da comunidade	-	-	1	16,7	5	83,3	-	-	-	-

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

A possibilidade de encaminhar para outros níveis de atenção, quando necessário, a garantia de realização de exames necessários e a capacidade de mediação de ações intersetoriais para enfrentar problemas da comunidade foram avaliadas como muito satisfatória por 60% dos enfermeiros.

Apesar das avaliações mais positivas, 60% dos enfermeiros consideram insatisfatória e muito insatisfatória a capacidade de sua equipe em garantir



atendimento em serviços especializados. Para metade dos enfermeiros entrevistados, o retorno do paciente para atendimento pela equipe de saúde da família, após encaminhamento ao especialista, e a articulação com outros setores sociais atuantes na área de abrangência para enfrentamento de problemas identificados é insatisfatória. Um percentual importante de enfermeiros (40%) considerou a capacidade de encaminhar para outros níveis de atenção, quando necessário, a garantia de internação, a garantia de realização de exames necessários e a capacidade de mediação de ações intersectoriais para enfrentar problemas da comunidade, insatisfatório e muito insatisfatório, demonstrando a incapacidade das equipes de saúde da família de estarem articuladas à rede e a falta de integralidade das ações de saúde, conforme pode ser visto na tabela 37.

É importante mencionar que novamente existe uma disparidade importante entre as opiniões dos médicos e enfermeiros em relação ao desempenho da equipe quanto à atenção integral prestada à população. Os médicos demonstraram que são insatisfeitos ou muito insatisfeitos com a capacidade da equipe de garantir internação, garantir atendimento em serviços especializados (67%). Estes também estão insatisfeitos ou muito insatisfeitos com a articulação com outros setores sociais atuantes na área de abrangência para enfrentamento de problemas identificados e a capacidade de mediação de ações intersectoriais para enfrentar problemas da comunidade (83%), demonstrando a falta de políticas intersectoriais que abarquem os problemas das comunidades atendidas pela Estratégia de Saúde da Família em Uberlândia.

Em relação ao acesso a medicamentos, 33,3% das famílias relataram que recebem todos os medicamentos solicitados pela equipe de saúde da família, mas 41,6% mencionaram que recebem apenas alguns medicamentos. A quantidade de famílias que não respondeu a esta questão também é importante (18,7%). A distribuição regular de medicamentos para grupos prioritários foi considerada satisfatória para 67% dos médicos e 70% dos enfermeiros entrevistados.

Tabela 37 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família - desempenho da equipe quanto à atenção integral prestada à população segundo enfermeiros - 2012.

Desempenho	Enfermeiros									
	Muito satisfatório		Satisfatório		Insatisfatório		Muito Insatisfatório		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)Capacidade de conhecer os principais problemas de saúde da população	-	-	10	100	-	-	-	-	-	-
b)Capacidade de intervir positivamente no enfrentamento dos problemas de saúde	-	-	8	80	2	20	-	-	-	-
c)Garantir o acesso ao atendimento básico a toda população cadastrada	-	-	7	70	3	30	-	-	-	-
d)Encaminhar para outros níveis de atenção, quando necessário	1	10	5	50	2	20	2	20	-	-
e)Garantir internação	-	-	4	40	3	30	1	10	2	20
f)Garantir atendimento em serviços especializados	-	-	4	40	4	40	2	20	-	-
g)Garantir realização de exames necessários	-	-	6	60	3	30	1	10	-	-
h)Não existência de fila na porta da unidade do PSF	1	10	7	70	1	10	1	10	-	-
i)Acolhimento das demandas	1	10	9	90	-	-	-	-	-	-
j)Estabelecimento de vínculos com a população da área	1	10	9	90	-	-	-	-	-	-
k)Retorno do paciente para atendimento pela equipe saúde da família, após encaminhamento ao especialista	1	10	4	40	5	50	-	-	-	-
l)Acompanhamento dos grupos prioritários	-	-	7	70	3	30	-	-	-	-
m)Distribuição regular de medicamentos a grupos prioritários	1	10	6	60	2	20	-	-	1	10
n)Resolução de 80% ou mais de casos atendidos pela sua equipe saúde da família	-	-	8	80	2	20	-	-	-	-
o)Capacidade de realizar ações educativas	-	-	7	70	3	30	-	-	-	-
p)Articulação com outros setores sociais atuantes na área de abrangência para enfrentamento de problemas identificados	-	-	5	50	5	50	-	-	-	-
q)Realização de atividades preventivas individuais	-	-	10	100	-	-	-	-	-	-
r)Capacidade de mediação de ações intersetoriais para enfrentar problemas da comunidade	-	-	6	60	4	40	-	-	-	-

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

Uma parcela menor de enfermeiros consideraram insatisfatória e muito insatisfatória a capacidade de encaminhar para outros níveis de atenção, quando necessário, a garantia de internação, a garantia de realização de exames necessários e a capacidade de mediação de ações intersetoriais para enfrentar problemas da comunidade (40%), demonstrando a incapacidade das equipes de saúde da família de estarem articuladas à rede e a falta de integralidade das ações de saúde. Isso demonstra, de maneira geral, que os enfermeiros têm uma visão mais positiva das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família em Uberlândia

### **5.3. Coordenação dos cuidados**

A coordenação dos cuidados tem sido apontada na literatura internacional como estratégia crucial para os sistemas de saúde que buscam superar a histórica fragmentação da oferta de serviços de saúde e sua baixa eficácia nas condições sanitárias da população, conforme destaca Giovanella et al (2009).

A coordenação entre níveis assistenciais deve ser vista como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, relacionada à determinada intervenção, de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum. Nesse sentido, reflete-se sobre a existência de uma rede integrada, desde a Atenção Primária à Saúde aos prestadores de maior densidade tecnológica, de modo que distintas intervenções do cuidado sejam percebidas e vivenciadas pelo usuário de forma contínua, adequada às suas necessidades de atenção em saúde e compatível com as suas expectativas pessoais. De acordo com Fidellis (2009), a coordenação assistencial seria um atributo organizacional dos serviços de saúde que se traduz na percepção de continuidade dos cuidados na perspectiva do usuário.

O manual de orientação da atenção básica Brasil (2012) menciona que a organização do trabalho na atenção básica é fundamental para que a equipe possa avançar, tanto na integralidade da atenção, quanto na melhoria do bem-estar e do próprio trabalho.

Consiste na organização do serviço e estruturação dos processos de trabalho da equipe que realiza o cuidado, envolvendo: diagnóstico situacional do território; território adscrito; ações no território, busca ativa e visitas domiciliares permanentes e sistemáticas; acolhimento resolutivo em tempo integral (com análise de necessidades de saúde, avaliação de vulnerabilidade e classificação de risco); atendimento de urgências e

emergências médicas e odontológicas do território durante o tempo da jornada de trabalho da unidade de saúde; atenção orientada pela lógica das necessidades de saúde da população do território; planejamento das ações integrado e horizontalizado; serviços com normas e rotinas bem estabelecidas em cronogramas, fluxogramas e protocolos clínicos; linhas de cuidado com definição, monitoramento e regulação de fluxos, solicitações e compromissos com outros pontos de atenção com vistas a coordenar o cuidado na rede de atenção; práticas sistemáticas de monitoramento e análise dos resultados alcançados pela equipe e avaliação da situação de saúde do território. (BRASIL, 2012, p.58).

Starfield (2002) menciona que a coordenação dos cuidados supõe mudanças na organização dos diferentes níveis de assistência do sistema de serviços de saúde e a continuidade da atenção.

A coordenação do cuidado deve ser feita pela atenção primária que deve garantir a continuidade do cuidado aos usuários dos serviços de saúde pública. Sobre o assunto, a Coordenadora do Setor Sanitário Sul menciona que

(...) a coordenação fica toda com a Atenção Primária, é lógico que fazendo uma ligação com toda a rede. Porque a proposta do PDAP veio fazer exatamente isso. A Atenção Primária responsabiliza-se pelo paciente, pelo cidadão. Em qualquer ponto que ele esteja, que a porta de entrada dele seja a Atenção Primária. Ele entra no primeiro atendimento na Atenção Primária e a Atenção Primária demanda os outros atendimentos para ele. Lógico se tem uma agudização e não é na Atenção Primária; ele vai pro serviço de urgência, mas o local para esse paciente fazer acompanhamento é a Atenção Primária; é ela que coordena. (COORDENADORA DO SETOR SANITÁRIO SUL, 2012)

Para Peduzzi (2001), o modo com que organizamos e oferecemos serviços de saúde à população pode transformar as práticas dominantes, fragmentadas e excludentes e conferir maior integralidade, equidade e dignidade ao cuidado de saúde. Essa dialética entre as necessidades e o modo de organização dos serviços confirma o potencial de mudança da estratégia de saúde da família.

Campos (2003) tem divulgado a proposta de “co-gestão da clínica”, que procura compartilhar as responsabilidades entre paciente/usuário, gestor/ organização e clínico/equipe, visando a obter condições mais favoráveis para a efetivação da clínica ampliada. Esta tem como fundamentos a valorização dos aspectos sociais e subjetivos, sendo mais adequada para enfrentar as singularidades presentes no trabalho em saúde. Nessa proposta, é dada ênfase à participação do paciente como sujeito do processo de cuidado à saúde e à utilização de estratégias para incorporar os conceitos de gestão da clínica nas organizações de saúde, tais como: atuação multiprofissional em visitas clínicas; criação de equipes de referência para um conjunto de pacientes; elaboração de projetos

terapêuticos singulares para casos e situações mais complexas; e adoção de formas interativas para suporte especializado, através de equipes matriciais.

A gestão que utiliza o apoio matricial para promover a troca de saberes e o desenvolvimento de competências, baseado em dúvidas, dificuldades e necessidades de aprendizado das equipes, tem a possibilidade de criar espaços para invenções e experimentações que ampliam as competências da equipe, contribuindo para o aumento da resolutividade e para a efetivação da coordenação integrada do cuidado. Constituem-se como práticas de apoio matricial, as discussões de casos entre profissionais com diferentes especialidades e profissões, atendimento conjunto, capacitação de casos específicos, intervenções conjuntas no território e teleconsultoria. São exemplos de matriciadores na atenção básica: equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, equipes dos Centros de Atenção Psicossocial, equipes de vigilância em saúde, núcleos de Telessaúde, equipes de centros de especialidades, entre outros. (BRASIL, 2012 )

Em Uberlândia não existe a figura do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), mas existe o apoio matricial de profissionais da saúde mental, de ginecologia, de pediatria. Este tipo de apoio está em processo de implantação com os profissionais de endocrinologia para atuarem com os grupos de diabéticos dando suporte às equipes de saúde da família nessas áreas. Essas equipes discutem os casos com os agentes comunitários, enfermeiros e médicos, orientando em relação a medicamentos e a conduta necessária para o acompanhamento dos agravos.

A Coordenadora do Setor Sanitário Sul explica como funciona a tutoria no caso da Psiquiatria

O Psiquiatra vai até a UAPSF e faz a tutoria. Ele e o médico da unidade atendem juntos, discutem o caso juntos. O médico da UAPSF tem mais condições de atender o paciente de saúde mental, fazer a troca de remédio, receitar algum remédio. Não fica mais naquela dependência, o próprio médico já cuida dele, o acompanha. Só se ele (o paciente) agudizar e aí precisar de um CAPS e um outro tipo de atendimento especializado. Não sendo assim, ele fica na unidade, já tem psicólogo que dá o suporte, faz visita na casa, o psiquiatra também quando está na tutoria se tiver alguma casa que ele precisa visitar ele aproveita esse dia para ir. A psicóloga visita junto com o ACS e se for o caso o serviço social também acompanha. (COORDENADORA DO SETOR SANITÁRIO SUL, 2012).

Muitos municípios brasileiros que trabalham com a figura do NASF prevêm uma equipe de NASF para cada oito equipes, por exemplo. No caso de Uberlândia, na área de assistência social e psicologia, um profissional atende cada duas equipes. Na área de psiquiatria, um profissional atende o núcleo todo e, no caso de núcleos maiores, como o São Jorge e o Morumbi, esses têm dois psiquiatras, cada

um. Os profissionais de Ginecologia atendem entre cinco e seis equipes ou um núcleo, dependendo do seu tamanho.

As equipes matriciais podem ser uma ferramenta importante para os municípios que decidiram pela não-adoção do NASF. Uberlândia optou por essa solução visto que as Unidades de Atendimento Integrado já fazem uma espécie de referência em atenção especializada. Apenas as UAIs São Jorge e Morumbi não fazem atenção primária. Por terem equipes de saúde da família em suas áreas de abrangência, dão um suporte maior para suas equipes de referência por meio das equipes matriciais.

#### **5.4. Continuidade informacional**

Nesta pesquisa buscou-se avaliar os mecanismos adotados pela Estratégia de Saúde da Família para promover a continuidade da informação por meio do registro e o uso da informação dos episódios de cuidado pelas equipes de Saúde da Família, do fornecimento de informações aos outros prestadores, do recebimento da contrarreferência, da forma de organização dos prontuários e do registro dos atendimentos na unidade e domicílio.

Perguntamos aos médicos e enfermeiros sobre a existência de normas para transferência de informações sobre pacientes entre os níveis de atenção à saúde, tendo estes opiniões diferentes. Enquanto 83% dos médicos responderam que não há normas para a transferência de informações, 70% dos enfermeiros afirmaram a existência de normas, demonstrando divergência de opinião entre as duas categorias profissionais e uma falta de diálogo entre ambas.

Foi perguntado aos médicos e enfermeiros quanto à frequência de algumas ações e estratégias de coordenação dos cuidados adotadas pela Estratégia de Saúde da Família. Para a totalidade dos médicos, quando os pacientes são referidos a outros serviços, os profissionais de atenção básica, sempre ou na maioria das vezes, fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido. No entanto, para 83% dos médicos entrevistados, os profissionais da atenção básica poucas vezes ou nunca recebem informações escritas sobre os resultados das consultas referidas a especialistas.

Essa visão é compartilhada pelos enfermeiros, uma vez que a totalidade dos entrevistados afirmaram que, sempre ou na maioria das vezes, os profissionais da

atenção básica fornecem informações escritas sobre os usuários para serem entregues aos serviços referidos. No que diz respeito ao recebimento das informações escritas sobre os resultados das consultas com especialistas, a maioria dos enfermeiros (60%) mencionaram que poucas vezes ou nunca isso acontece.

Em relação ao agendamento da consulta de retorno do usuário para saber os resultados dos exames, 83% dos médicos e 90% dos enfermeiros entrevistados informaram que, sempre ou na maioria das vezes, este é realizado pela UAPSF, e que o usuário é avisado sobre a data da consulta para a totalidade de enfermeiros.

A procura da família pelos profissionais para discutir o problema de saúde do usuário foi avaliada de forma diferenciada por médicos e enfermeiros. Para 68% dos médicos, poucas vezes os profissionais procuram a família para discutir o problema de saúde do usuário, enquanto que, para 70% dos enfermeiros entrevistados, os profissionais procuram a família para discutir o problema de saúde do usuário sempre ou na maioria das vezes. Contudo, um percentual também importante de enfermeiros (30%) considerou que essa discussão se realiza poucas vezes, indicando que essa prática está isolada em algumas UAPSFs.

Em relação à revisão periódica dos prontuários para levantar a necessidade de referência aos outros níveis de atenção, foi avaliada como processo residual para a maioria dos profissionais de nível superior: entre os médicos, 68% dos entrevistados afirmaram que poucas vezes ou nunca existe auditoria periódica dos prontuários ou mesmo supervisão periódica para revisar a necessidade de referência aos outros níveis de atenção. Entre os enfermeiros, a avaliação foi diferente, pois 60% indicaram que sempre ou na maioria das vezes há supervisão com esse objetivo. No entanto, é preciso considerar que 40% dos enfermeiros mencionaram que poucas vezes existe auditoria ou supervisão dos prontuários, demonstrando ser esta a prática de alguns enfermeiros isolados. A maioria dos médicos (83%) e metade dos enfermeiros também mencionou que poucas vezes ou nunca existe auditoria dos prontuários médicos.

Sobre a disponibilidade dos prontuários médicos para o exame do usuário pelo profissional, para todos os médicos e enfermeiros entrevistados, sempre ou na maioria das vezes os prontuários estão disponíveis durante o exame do usuário.

A forma predominante de organização dos prontuários de saúde é por família, como informaram metade dos médicos e a totalidade dos enfermeiros. No entanto, é importante também considerar que a outra metade dos médicos relatou que os prontuários são organizados por indivíduo e família.

O prontuário do usuário é também a forma predominante de registro dos atendimentos, haja vista que a maioria dos médicos (83%) e enfermeiros entrevistados (70%) relataram fazer anotações sobre a saúde do usuário após cada consulta no prontuário do usuário e não no da família, apesar de os prontuários serem organizados por família.

Desde o final de 2012, todas as unidades de saúde do município que prestam atendimento em atenção primária estão integradas por meio do prontuário eletrônico. O prontuário eletrônico é uma ferramenta que permite suprir algumas necessidades da rede pública de atendimento na área de saúde, facilitando a organização dos processos de trabalho. O prontuário adotado pelo município de Uberlândia propicia o gerenciamento das filas, melhor distribuição e aproveitamento das consultas bem como dos profissionais de saúde, além de permitir um atendimento mais personalizado.

O sistema gerencia o acesso dos usuários ao sistema de saúde, permitindo o controle de quais módulos, programas e funções do sistema o profissional pode acessar de acordo com o seu perfil profissional. Sua utilização permite diminuir a repetição de solicitação de exames e encaminhamentos via validações parametrizadas e de acesso on-line a todo histórico do paciente durante seu atendimento. Isso se traduz em economia para o município (DIRETORA DE PLANEJAMENTO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE, 2012)

Durante o atendimento, são identificados casos de pacientes carentes de medicina preventiva e acompanhamento. Para cada especialidade identificada existe uma ação programada específica. O sistema oferece um protocolo de atendimento para Hipertenso, Diabético, Hanseníase, Mulher e Criança. Possibilita a organização dos processos de trabalho nas Unidades de Saúde da Família, auxiliando no planejamento da agenda dos profissionais, procedimentos e visitas. Torna possível o controle da prescrição, dispensação e estoque de medicamentos; também trabalha com informações padronizadas com os sistemas do Ministério da Saúde, permitindo a integração SIAB e SISPRENATAL, entre outros.



Tabela 38 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família – ações para continuidade informacional e estratégias de coordenação, segundo médicos e enfermeiros – 2012.

Ações	Médicos										Enfermeiros									
	Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Não sabe		Sempre		Na maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Quando os pacientes são referidos para outros serviços, os profissionais de atenção básica fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?	3	50	3	50	-	-	-	-	-	-	9	90	1	10	-	-	-	-	-	-
Os profissionais de atenção básica recebem informações escritas sobre os resultados das consultas referidas a especialistas?	-	-	1	16,7	4	66,7	1	16,7	-	-	2	20	2	20	5	50	1	10	-	-
O agendamento da consulta de retorno do usuário para saber os resultados dos exames é feito diretamente pela unidade?	1	16,7	4	66,7	1	16,7	-	-	-	-	4	40	5	50	1	10	-	-	-	-
O usuário é avisado sobre esse agendamento?	3	50	2	33,3	1	16,7	-	-	-	-	8	80	2	20	-	-	-	-	-	-
Os profissionais procuram a família para discutir problema de saúde do usuário?	-	-	2	33,3	4	66,7	-	-	-	-	5	50	2	20	3	30	-	-	-	-
Existe supervisão periódica para revisar a necessidade de referência aos outros níveis de atenção?	-	-	2	33,3	1	16,7	3	50	-	-	2	20	4	40	4	40	-	-	-	-
Os prontuários médicos sempre estão disponíveis quando o profissional examina o usuário?	4	66,7	2	33,3	-	-	-	-	-	-	10	100	-	-	-	-	-	-	-	-
Existe auditoria periódica dos prontuários médicos?	-	-	-	-	3	50	2	33,3	1	16,7	1	10	2	20	5	50	1	10	1	10

Fonte: Pesquisa direta, 2012

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

Em nossa pesquisa ficou confirmada a importância do prontuário como principal fonte de registro de informações de saúde. A totalidade dos médicos e enfermeiros entrevistados relataram que utilizam o prontuário de saúde para fazer anotações após cada consulta, sempre ou na maioria das vezes.

A categoria dos profissionais técnicos/auxiliares de enfermagem, em sua maioria, registra os procedimentos/atividade de saúde: 60% registram anotações após procedimentos no prontuário do usuário e 30%, em instrumento similar ao prontuário ao qual os demais profissionais da equipe têm acesso.

Os auxiliares/técnicos de enfermagem, em sua totalidade, também relatam os atendimentos domiciliares realizados no prontuário de saúde dos usuários. Esta informação difere da dos agentes comunitários de saúde, segundo os quais, menos da metade (44%) mencionaram relatar as visitas domiciliares no prontuário dos usuários.

No entanto, mais da metade dos ACS (56%) declararam que fazem anotações das visitas domiciliares realizadas somente para uso pessoal. Cerca de 11% relatam por escrito, em instrumento similar ao prontuário, que os demais profissionais da equipe têm acesso. É importante considerar que 22% não realizam anotações após visitas domiciliares, demonstrando a falta de informações sobre a saúde dos usuários por parte desta categoria profissional. Se, de fato, são os prontuários a principal fonte de informação, não são os ACS que a fazem, embora sejam eles, dentro das equipes de saúde da família, os que mais realizam visitas domiciliares.

### **5.5. Avaliação da coordenação pelos profissionais**

Ainda em relação à coordenação dos cuidados, a pesquisa buscou conhecer a avaliação feita pelos próprios profissionais das equipes de saúde da família a respeito das estratégias desenvolvidas no município de Uberlândia.

Foi apresentado aos profissionais de nível superior das equipes (médicos e enfermeiros) um quadro que abordava situações envolvendo os esforços para a coordenação dos cuidados, e solicitou-se que assinalassem seu grau de concordância em relação a cada uma das situações apresentadas.

Sobre o envolvimento das enfermeiras das equipes de saúde da família no processo de coordenação dos cuidados, a totalidade dos médicos informou

concordar muito ou concordar que elas são ativamente envolvidas. A totalidade das enfermeiras mencionou que concorda muito (50%) ou concorda (50%) que as enfermeiras são ativamente envolvidas nessa coordenação.

Tabela 39 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família – Avaliação dos esforços para coordenação dos cuidados por médicos e enfermeiros – 2012.

Critério	Médicos									
	Concorda muito		Concorda		Discorda		Discorda muito		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
As enfermeiras são ativamente envolvidas na coordenação dos cuidados	1	16,7	5	83,3	-	-	-	-	-	-
Na política local está especificado o papel da ESF na função de porta de entrada e sua função de coordenação	-	-	6	100	-	-	-	-	-	-
Em Uberlândia é permitido aos médicos da ESF acompanhar seu paciente durante a internação	-	-	-	-	3	50	1	16,7	2	33,3
Profissionais da ESF desfrutam do mesmo nível de reconhecimento profissional que os especialistas	-	-	-	-	1	16,7	5	83,3	-	-
Critério	Enfermeiros									
	Concorda muito		Concorda		Discorda		Discorda muito		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
As enfermeiras são ativamente envolvidas na coordenação dos cuidados;	5	50	5	50	-	-	-	-	-	-
Na política local está especificado o papel da ESF na função de porta de entrada e sua função de coordenação;	3	30	6	60	1	10	-	-	-	-
Em Uberlândia é permitido aos médicos da ESF acompanhar seu paciente durante a internação	-	-	4	40	2	20	1	10	3	30
Profissionais da ESF desfrutam do mesmo nível de reconhecimento profissional que os especialistas	-	-	3	30	5	50	1	10	1	10

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

O papel da estratégia de Saúde da Família como porta de entrada e sua função na coordenação dos cuidados foi mencionado como positivo pela totalidade

dos médicos entrevistados e por 90% dos enfermeiros, que mencionaram concordar muito ou concordar com essa assertiva.

Em relação à permissão para que os médicos da Saúde da Família acompanhem seu paciente durante a internação, 67% dos médicos discordam ou discordam muito dessa assertiva, enquanto que 33% afirmaram não saber responder. Entre os enfermeiros, a resposta foi diferente: enquanto 40% concorda, 30% discorda ou discorda muito e 30% diz não saber responder a esse questionamento.

Os profissionais médicos e enfermeiras concordam com a importância que as enfermeiras exercem para coordenação dos cuidados reforçando a importância dessa categoria profissional para a consolidação da ESF. No entanto esses profissionais mencionam que eles não desfrutam do mesmo nível de reconhecimento profissional que os especialistas sendo esse um dos fatores que leva muitos médicos a permanecer pouco tempo na ESF.

## **5.6. Práticas intersetoriais nas equipes de saúde da família**

A participação da comunidade - usuários, movimentos sociais, conselhos e outras instâncias do controle social - nas políticas públicas de saúde é de fundamental importância para o desenvolvimento e a qualificação do Sistema Único de Saúde. O fortalecimento das instâncias de controle e participação social passa pelo aperfeiçoamento dos processos e meios de representação, pela qualificação da mediação das demandas populares e pelo reforço das tecnologias e dispositivos de apoio para o monitoramento e fiscalização das políticas governamentais, com transparência e publicização. (BRASIL, 2012, p.76)

A pesquisa procurou conhecer as práticas assistenciais e comunitárias, voltadas para uma atuação intersetorial, desenvolvidas pelas equipes de saúde da família em Uberlândia, as parcerias estabelecidas pelas equipes com outras instituições e organizações em nível local e o envolvimento e a participação das famílias cadastradas na definição dos objetivos e prioridades para a atuação intersetorial.

### 5.6.1. Fatores de risco social e condições de vida dos usuários

Entre as práticas comunitárias, a realização de diagnóstico da comunidade foi analisada. Na entrevista realizada com as famílias cadastradas, havia um bloco de perguntas sobre a estratégia de saúde da família. Aos questionados que informaram, espontaneamente ou estimulados, conhecer a ESF, 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 famílias respondeu não saber se fora feito algum levantamento (58,3%), ao passo que somente 16,7% responderam que foi feito e concluído.

Tabela 40 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: Diagnóstico da situação de saúde da comunidade pelas equipes nos últimos cinco anos, segundo famílias cadastradas, 2012.

<b>Levantamento da situação de saúde</b>	<b>n</b>	<b>Sim %</b>
Foi feito e concluído	8	16,7
Começou a ser feito, mas não foi concluído	1	2,1
Não foi feito	11	22,9
Não sabe se foi feito	28	58,3
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

Para aquelas famílias que afirmaram ter havido um levantamento ou a avaliação da situação de saúde ou dos problemas de saúde da sua comunidade nos últimos cinco anos (oito famílias), foi perguntado se algum membro daquela residência participara da elaboração desse levantamento da situação de saúde na comunidade. Dessas famílias, 25% afirmaram que houve participação de algum membro nesse levantamento.

Quando perguntamos a opinião das famílias sobre o conhecimento dos profissionais da saúde da família acerca dos problemas de saúde mais importantes da sua comunidade, 44% das famílias respondeu que os profissionais conheciam os principais problemas da comunidade. Mas nos chama atenção o fato de 29% das respondentes não ter sabido informar se os profissionais da Saúde da Família conheciam os problemas da comunidade.

Tabela 41 – Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: Conhecimento dos problemas de saúde mais importantes da comunidade pelas equipes, segundo famílias cadastradas, 2012.

<b>Conhecimento dos problemas de saúde da comunidade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	21	43,8
Não	9	18,8
Não sabe informar	14	29,2
Não respondeu	4	8,3
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

Aos profissionais das equipes de saúde da família foi solicitado que indicassem a frequência com que investigavam os fatores de risco social dos usuários durante as consultas. Entre os profissionais de nível superior, a metade dos médicos e 60% das enfermeiras informaram que na maioria das vezes perguntam sobre a situação social ou condições de vida dos usuários. Uma porcentagem menor de enfermeiras (30%) mencionou sempre perguntar sobre a situação social ou condições de vida dos usuários. É expressiva a porcentagem de médicos (33%) que responderam que poucas vezes perguntaram sobre os fatores de risco social e condições de vida dos usuários.

Tabela 42 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: Indagação sobre fatores de risco social ou condições de vida do usuário durante a consulta pelos médicos e enfermeiros, 2012.

<b>Indaga sobre risco social ou condições de vida</b>	<b>Médicos</b>		<b>Enfermeiros</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sempre	1	16,7	3	30
Na maioria das vezes	3	50	6	60
Poucas vezes	2	33,3	1	10
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

Além das famílias e dos profissionais das equipes de saúde da família, foram entrevistados quatro diretores ligados à temática sobre a realização de diagnóstico local pelas equipes. A posição desses gestores é a de que as equipes realizam

diagnóstico da comunidade com frequência. Em cinco unidades de saúde da família, os diagnósticos foram realizados durante os anos de 2011 e 2012.

### **5.6.2. Capacitação dos profissionais para atuar segundo a diversidade sociocultural da comunidade**

Foi perguntado aos profissionais de nível superior e médio se tinham recebido capacitação específica para atuar, tomando em conta a diversidade sociocultural da comunidade. Metade dos médicos e 70% dos enfermeiros responderam afirmativamente a essa questão, enquanto a outra metade dos médicos e 30% dos enfermeiros afirmou não ter recebido capacitação para trabalhar com a diversidade sociocultural da comunidade atendida pelas equipes de saúde da família. Essa falta de capacitação está diretamente ligada à forma de contratação desses profissionais, que muitas vezes são contratados sem critérios claros faltando-lhe o essencial capacitação.

O Diretor de Gestão de Pessoas reforça a importância da capacitação, mencionando que os programas de capacitação da Secretaria Municipal de Saúde são feitos por áreas de concentração

(...) então nós temos o programa de saúde mental, saúde bucal, saúde da mulher, saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do idoso. E nós temos a instância de educação permanente. Então nós discutimos junto com essas coordenações específicas que tipo de treinamento nós precisamos dar. De hipertensão, de hanseníase, de tuberculose, e aí nós estabelecemos uma agenda única para eu não ter mais de uma capacitação ao mesmo tempo. E talvez quem recebe um volume considerável de capacitação por não ter uma formação na área da saúde é o ACS. Então o ACS recebe capacitação e atualizações todo ano sobre todas essas áreas. Sobre aleitamento materno, sobre gestação de alto risco, entre outras, porque ele vai fazer a visita e, principalmente, porque, como a gente tem uma rotatividade maior, nós precisamos ter capacitação sempre. (DIRETOR DE GESTÃO DE PESSOAS, 2012).

Como podemos perceber, a capacitação para atuação respeitando a diversidade sociocultural não foi mencionada pelo referido diretor. Segundo o Diretor, no ano passado (2011) e em 2012, aconteceu o 1º Ciclo de Vigilância em Saúde, momento no qual foram reunidas todas as pessoas que lidam com Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador e foi construída uma capacitação com todos os profissionais de saúde da família.

(...) nós fizemos um ciclo muito bacana que a primeira etapa é uma lógica que nós da gestão de pessoas lidamos com ela. É o seguinte: quem vai fazer a capacitação, quem vai ser o capacitador, precisa conhecer a realidade que aquela pessoa trabalha. Então a primeira etapa é aquilo que a gente chama de visita técnica. Nenhuma capacitação é feita sem aquele que vai conversar com esses profissionais conhecer a realidade que eles lidam. Então todo o pessoal da vigilância foi fazer a visita em todas as unidades. É porque eu tenho que fazer um processo de aproximação se eu quero que atenção primária conheça tudo da vigilância, a vigilância tem que conhecer a atenção primária. E teve um resultado muito bacana. (DIRETOR DE GESTÃO DE PESSOAS, 2012)

A mesma pergunta foi feita aos auxiliares/técnicos de enfermagem e aos agentes comunitários de saúde. Metade dos auxiliares/técnicos de enfermagem informou ter recebido capacitação específica para atuar segundo a diversidade sociocultural da comunidade atendida. Já entre os ACS, mais da metade informou não ter recebido capacitação dessa natureza.

Tabela 43 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: capacitação para atuar considerando a diversidade sociocultural da comunidade, informado pelos auxiliares/técnicos em enfermagem e ACS, 2012.

Capacitação	Auxiliar/técnicos em enfermagem		ACS	
	n	%	n	%
Sim	5	50	3	33,3
Não	3	30	5	55,6
Não respondeu	2	20	1	11,1
Total	10	100	9	100

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

Percebemos que falta de capacitação para trabalhar com a diversidade sociocultural da comunidade atendida pelas equipes de saúde da família é uma das deficiências na formação dos ACS profissionais que estão em maior contato com as populações atendidas, sendo que as visitas domiciliares estão entre as responsabilidades desse profissional.

### **5.6.3. Ações intersetoriais com instituições, organizações ou grupos da comunidade**

A pesquisa buscou identificar as ações desenvolvidas conjuntamente pelas equipes de saúde da família com outras instituições sociais, identificando a



existência e a frequência dos trabalhos conjuntos, os organismos e os setores envolvidos, assim como a participação dos profissionais das equipes de saúde da família nessas atividades.

Para a Coordenadora da APS do município, as políticas precisam ser integradas, precisam ser intersetoriais, porque

(...) se não houver essa integração não tem como você desenvolver uma política adequada. Até porque as famílias trazem para a equipe não são só problemas clínicos, são agravos das mais diversas origens. Elas nos trazem violência, maus tratos, gravidez na adolescência, drogas que hoje é um problema gravíssimo e assim por diante. Então assim, a ESF evidencia bem quem está no programa, as misérias humanas, a gente percebe muito isso. E isso acaba gerando conflitos para as equipes. Uma categoria profissional que sofre muito é o ACS. Porque ele está diretamente ligado com essas famílias, e a porta de entrada para as reclamações, para a discussão desses agravos é o ACS, é ele que ouve e tenta levar esses agravos para o restante da equipe. (COORDENADORA DA APS, de 2004 a 2010, 2012)

Foi perguntado aos profissionais de nível superior sobre a existência e a frequência de trabalho conjunto entre a equipe e outras instituições, organizações ou grupos da comunidade. Para a categoria profissional de médicos, na maioria das vezes não existe trabalho em conjunto com outras instituições, organizações ou grupos da comunidade para a realização de ações intersetoriais (66%).

Entre os enfermeiros, os que mencionaram que na maioria das vezes existe trabalho em conjunto com outras instituições, organizações ou grupos da comunidade para a realização de ações intersetoriais é ainda menor (30%), enquanto 60% mencionaram que poucas vezes realizam trabalhos em conjunto com outras organizações ou grupos da comunidade para a prática de ações intersetoriais, o que configura que a articulação intersetorial no âmbito das equipes de saúde da família ainda é esporádica

Também para a maioria dos auxiliares/técnicos em enfermagem (60%), poucas vezes ou nunca realizam-se trabalhos em conjunto com outras organizações ou grupos da comunidade para efetivar ações intersetoriais. Entre os ACSs, 66% mencionaram que poucas vezes ou nunca realizam ações com outras instituições (tabela 44).

Tabela 44 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: existência de trabalho em conjunto com outras instituições, organizações ou grupos da comunidade para realização de ações intersetoriais informada pelos profissionais de saúde selecionados, 2012.

<b>Trabalho conjunto</b>	<b>em</b>	<b>Médicos</b>		<b>Enfermeiros</b>		<b>Auxiliares/ técnicos em enfermagem</b>		<b>ACS</b>	
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sempre		-	-	1	10	-	-	2	22,2
Na maioria das vezes		4	66,7	2	20	4	40	1	11,1
Poucas vezes		2	33,3	6	60	3	30	2	22,2
Não respondeu		-	-	1	10	3	30	4	44,4
Total		6	100	10	100	10	100	9	100

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

A participação dos médicos e enfermeiros em atividades direcionadas para a solução/encaminhamento de problemas da comunidade com outros órgãos públicos ou entidades da sociedade foi considerada baixa: 40% das enfermeiras e 33% dos médicos mencionaram participar de tais atividades. Indicando a falta de uma política intersetorial envolvendo as equipes de saúde. Essas políticas permitiriam mais ações de promoção da saúde, além de ações de cidadania que são dois propósitos da saúde da família.

Os auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde também participam pouco de atividades direcionadas para a solução/encaminhamento de problemas da comunidade com outros órgãos públicos ou entidades da sociedade, já que 40% e 44% desses profissionais participam de alguma atividade desse tipo, respectivamente.

Os principais órgãos públicos ou entidades da sociedade com os quais a equipe de saúde da família realiza atividades são: escola/educação, segurança pública e moradia. Eles foram citados por dois médicos e quatro enfermeiros que afirmaram participar de alguma atividade voltada ao encaminhamento de problemas de sua comunidade.

Entre os auxiliares/técnicos em enfermagem, os principais órgãos públicos ou entidades da sociedade com os quais a equipe de saúde da família realiza atividade voltada ao encaminhamento de problemas de sua comunidade são:

escola/educação, segurança pública, moradia e transporte. A menção partiu de quatro profissionais e agentes comunitários, dos quais três profissionais mencionaram participar de alguma atividade.

Perguntamos a opinião dos profissionais de nível superior sobre com quais tipos de entidades ou órgãos a estratégia de saúde da família deveria relacionar-se para a resolução de problemas da comunidade. Para a maioria dos médicos (67%) e dos enfermeiros (70%), a equipe deveria buscar parcerias para a resolução de problemas da comunidade, tanto com órgãos de políticas públicas como educação, assistência social, saneamento e transporte, quanto com organismos não-governamentais e organizações da sociedade civil.

Tabela 45 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: entidades ou órgãos com os quais a equipe de Saúde da Família deve relacionar-se para resolução de problemas da comunidade informados por médicos e enfermeiros, 2012.

<b>Órgãos públicos ou entidades da sociedade</b>	Médicos		Enfermeiros	
	n	%	n	%
Órgãos de políticas públicas como educação, assistência social, saneamento e transporte	-	-	-	-
Organismos não governamentais e organizações da sociedade civil	-	-	-	-
As duas respostas anteriores	4	66,8	7	70
A equipe tem condições de resolver os problemas da comunidade	-	-	-	-
Não tem opinião formada	2	33,3	2	20
Não respondeu	-	-	1	10
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fonte: Pesquisa direta, 2012

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

Sobre as parcerias, a Coordenadora do Setor Sanitário Sul menciona que o trabalho integrado com outros setores da comunidade é realizado, primeiro com os grupos operativos, dentro da unidade, e fora das unidades de saúde da família. Ela cita o caso dos adolescentes, por exemplo. As unidades de saúde só conseguem atingi-los, ou seja, chegar até eles, se forem até onde eles estiverem. “Adolescente não vai para dentro da unidade, muito difícil. Então, se nós quisermos atingir os adolescentes, temos que fazer parceria com a escola, com o Bem Social, com a Naica ou com o lugar onde esse adolescente pode estar e levando conhecimento para ele”. (COORDENADORA DO SETOR SANITÁRIO SUL, 2012).

As equipes de saúde da família e as unidades de atenção primária do modelo convencional são muito importantes para o processo de integração da saúde/escola. O Programa Saúde Todo Dia tem esse propósito, tendo como objetivos integrar as ações de Educação em Saúde no município de Uberlândia e fortalecer a referência desses serviços, ampliar e fortalecer as atividades de promoção e educação em saúde, prevenção de doenças e vigilância em saúde de forma integrada, participativa e promovendo ato contínuo com as ações de assistência e reabilitação da Rede do Sistema Único de Saúde. Também objetiva promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos escolares e, assim, fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, no âmbito municipal, e contribuir para a educação permanente e capacitação de profissionais da saúde e da educação e de Jovens para o Programa Saúde na Escola (PSE), bem como proporcionar espaços de educação permanente aos envolvidos, priorizando os professores e gestores da educação básica e profissionais das equipes de saúde da família (UBERLÂNDIA, 2011a).

Outra ação que a Coordenadora do Setor Sanitário Sul considera importante é o Programa Mais Ativo, que trabalha em conjunto com a direção das escolas municipais, por vezes, usando algum espaço público do bairro, como quadras, praças, poliesportivos, parques, e realizando alguma atividade física com a comunidade, tendo sempre a presença de um educador físico para orientá-los.

A Coordenadora cita o Núcleo Morumbi, no Setor Leste, como um dos que mais recebem atividades envolvendo práticas intersetoriais, entre elas: atividades nas creches com a participação de profissionais das equipes de saúde da família, que fazem trabalho sobre a importância da vacinação em dia, alimentação saudável, escovação dentária e higienização para a comunidade escolar.

Outro projeto intersetorial importante que esse núcleo recebeu nos anos de 2010 e 2011 foi o Projeto Tenda da Saúde que, de acordo com Rodrigues, (2012, p.83)

(...) apresenta, como foco principal, diretrizes que são defendidas pela Estratégia de Saúde da Família e busca desenvolver ações de promoção à saúde e têm como objetivos desenvolver e criar ações de educação em saúde e educação ambiental que atendam as necessidades da população, visando à promoção da saúde, do bem estar e da qualidade de vida. As atividades do projeto são transversais, integradas e intersetoriais, envolvendo docente e estudantes de vários departamentos da Universidade Federal de Uberlândia para atividades de extensão com as comunidades

carentes bem como promover uma cultura participativa favorecedora de ambientes saudáveis além de estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de Promoção à Saúde. Na perspectiva de que a promoção da saúde permite que as pessoas adquiram maior controle sobre sua própria qualidade de vida. Através da adoção de hábitos saudáveis não só os indivíduos, mas também suas famílias e comunidades se apoderam de um bem aplicável à vida cotidiana.

A realização de atividades intersetoriais, envolvendo profissionais das unidades de saúde da família, comunidade local e comunidade acadêmica, é uma importante ferramenta de promoção da saúde, visto que a troca de informações apodera as comunidades locais na busca do desenvolvimento integral, adquirindo maior controle sobre suas vidas. Possibilita também aos estudantes e professores um maior conhecimento da realidade das comunidades de baixa renda.

#### **5.6.4. Avaliação dos profissionais das equipes de saúde da família sobre o desempenho das equipes no desenvolvimento de ações intersetoriais**

A pesquisa buscou conhecer a opinião dos profissionais de nível superior sobre o desempenho da equipe quanto à atuação intersetorial por meio de algumas assertivas.

A articulação com outros setores atuantes na área de abrangência das equipes de saúde da família para enfrentamento de problemas identificados tem desempenho insatisfatório na opinião da maioria dos profissionais (83% médicos e metade dos enfermeiros). Metade das enfermeiras avaliou o desempenho das equipes de saúde da família na articulação com outros setores sociais como satisfatório ou muito satisfatório.

A avaliação dos médicos das equipes de saúde da família quanto à capacidade de mediação de ações intersetoriais por parte das equipes para enfrentar problemas da comunidade também foi bastante negativa (83%). Opinião diferente têm as enfermeiras (60%), que consideram satisfatória essa capacidade de articulação com outros setores.

Tabela 46: Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família: desempenho da equipe quanto à atuação intersetorial, segundo médicos e enfermeiros, 2012.

<b>Médicos</b>										
<b>Atuação intersetorial</b>	Muito Satisfatório		Satisfatório		Insatisfatório		Muito Insatisfatório		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Articulação com outros setores sociais atuantes na área de abrangência para enfrentamento de problemas identificados	-	-	1	16,7	5	83,3	-	-	-	-
Capacidade de mediação de ações intersetoriais para enfrentar problemas da comunidade	-	-	1	16,7	5	83,3	-	-	-	-
<b>Enfermeiros</b>										
Articulação com outros setores sociais atuantes na área de abrangência para enfrentamento de problemas identificados	-	-	5	50	5	50	-	-	-	-
Capacidade de mediação de ações intersetoriais para enfrentar problemas da comunidade	-	-	6	60	4	40	-	-	-	-

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

Temos uma posição sobre essas divergências de opinião em relação aos profissionais médicos e de enfermagem sobre a articulação com a comunidade: é a de que, como são as enfermeiras que coordenam todo o cuidado, essas estão mais integradas à realidade da comunidade. Sabem mais sobre os riscos à saúde, riscos sociais e ambientais da comunidade nas quais elas coordenam as equipes. Enfim, elas participam mais da vida da comunidade. Muitos profissionais médicos, por sua vez, ainda continuam trabalhando no modelo biomédico, centrado na doença, permanecendo na “zona de conforto”, não percebendo as potencialidades que a ESF tem para melhorar a condição de vida e saúde das populações atendidas.

Essa posição muito se deve à formação dos profissionais médicos, que tem uma carreira elitista voltada para as especialidades médicas, ainda reproduzindo aquela ideia que “saúde da família é um modelo pobre, para pobres”. A baixa valorização do profissional médico de família por parte dos outros médicos especialistas é um fator que contribui para o número reduzido de profissionais que têm especialização ou residência em saúde da família, dificultando uma integração maior desse profissional ao modelo de ESF, já que a maioria não tem formação específica na área.

### **5.7. Desafios para melhorar a integração da Estratégia de Saúde da Família à rede de serviços de Uberlândia**

Para médicos e enfermeiros, algumas dificuldades para acesso à atenção especializada e hospitalar permanecem como impactos negativos para a integração da rede de serviços de saúde. Em alguns aspectos, os enfermeiros são os mais otimistas quanto à função integradora exercida pela Estratégia Saúde da Família. Na percepção de 90% dos enfermeiros, o PSF garante o atendimento em outros serviços, quando necessário. Para 67% dos médicos, existe esta garantia. Auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde tiveram opinião positiva, 60% e 78%, respectivamente, concordam ou concordam muito com esta assertiva.

Apenas metade dos médicos disse que o PSF garante realização de exames, quando necessário. Mas 80% dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem e 78% dos agentes comunitários de saúde concordam ou concordam muito com esta afirmação.

Em relação ao fornecimento de medicamentos da farmácia básica suficientemente, as opiniões foram bastante negativas. Médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde discordam ou discordam muito em 84%, 70%, 60% e 67% dos entrevistados, respectivamente.

A garantia de internação hospitalar gerou opinião divergente entre médicos, sendo que 67% discorda ou discorda muito que exista esta garantia, mas a totalidade dos enfermeiros concorda ou concorda muito com esta existência.

Em relação à retaguarda do sistema de referência, a totalidade dos médicos e 60% dos enfermeiros discordam da afirmativa de que as equipes de saúde da família contam com um sistema de referência e contrarreferência que permite ampliar a resolutividade da rede básica de saúde. A avaliação desses profissionais aponta para uma possível fragilidade do sistema de regulação de exames, da consulta de especialidades e de internação hospitalar, ainda que gestores da saúde mencionem estar preocupados em potencializar a estratégia de saúde da família como primeiro contato em uma rede integrada de serviços de saúde nas áreas de abrangência das equipes de saúde da família.

Tabela 47 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família – avaliação dos profissionais da ESF quanto à integração da Estratégia de Saúde da Família na rede assistencial - 2012

Posição/Integração	Médico				Enfermeiro				Auxiliares de Enfermagem				ACS			
	Concorda/ Concorda muito		Discorda/ discorda muito		Concorda muito/ Concorda		Discorda/ discorda muito		Concorda muito/ Concorda		Discorda/ discorda muito		Concorda muito/ Concorda		Discorda/ discorda muito	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
o)O PSF garante o atendimento em outros serviços, quando necessário	4	67	2	33	9	90	1	10	6	60	4	40	7	78	2	22
p)O PSF garante a realização de exames, quando necessários	3	50	3	50	8	80	2	20	8	80	2	20	7	78	2	22
q)O PSF garante a internação, quando necessária	1	17	3	67	10	100	-	-	6	60	4	40	2	22	2	78
r)O PSF fornece medicamentos da Farmácia Básica suficientemente	1	17	5	84	3	30	7	70	4	40	6	60	3	33	6	67
v)A sua equipe de saúde da família conta com um sistema de referência e contra-referência que permite ampliar a resolutividade da rede básica	-	-	6	100	4	40	6	60	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

Em relação aos principais problemas para a integração da rede de serviços, segundo todos os médicos e 90% dos enfermeiros, o principal problema é o que ocorre por causa das listas de espera que impedem o acesso adequado ao cuidado especializado e hospitais. Para metade dos médicos e 60% dos enfermeiros, os problemas que ocorrem na relação entre a UAPSF e a atenção especializada no setor de cuidados ambulatoriais também dificultam a integração da rede.

Para a Coordenadora da APS, quem escolhe trabalhar com saúde da família tem que estar preparado para

(...)acompanhar os agravos que as famílias apresentam e, às vezes, você não tem uma resposta para essas pessoas, porque as demandas são grandes. São infinitas as demandas das pessoas e muitas vezes os agravos que eles trazem para nós não são clínicos e nós da área médica aprendemos. A minha formação não é, apesar de que eu me considero uma sanitária, foi em cima dos problemas clínicos. Aí quando chegam os agravos, outros, você tem dificuldade. (COORDENADORA DA APS DE 2004 a 2010, 2012)



Tabela 48 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família – principais problemas para a integração da rede de serviços segundo médicos e enfermeiros, 2012.

Problemas	Médicos		Enfermeiros	
	n	%	n	%
Problemas que ocorrem na relação entre a UAPSF e a atenção especializada no setor de cuidados ambulatoriais	3	50	6	60
Problemas que ocorrem na relação entre a UAPSF e a atenção especializada nos hospitais	2	33,3	3	30
Problemas ocorrem na relação entre UAPSF e emergência	1	16,7	3	30
Problemas ocorrem por causa das listas de espera que impedem o acesso adequado ao cuidado especializado, hospitais, etc.	6	100	9	90
Outros	6	100	1	10

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

Em nossa análise, então, percebemos que a população atendida apresenta demandas que fogem às possibilidades de intervenção das equipes da ESF, necessitando de ações e políticas de geração de renda, em assistência social, educacionais, ou seja, é preciso ações intersetoriais, com políticas que visem melhorar as condições de vida e saúde das populações atendidas pela ESF e falta também uma melhor compreensão dos profissionais de saúde da família sobre as condições de vida dessas populações.

## **Considerações finais**

Estudar a Estratégia de Saúde da Família em Uberlândia não foi uma tarefa fácil. O tema exigiu um grande esforço. Os desafios foram muitos. O primeiro deles foi conseguir autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia e posteriormente do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia para o desenvolvimento da pesquisa. O que levou longos nove meses, o mesmo tempo de minha gestação, para ser concluído.

Autorizações em mãos um novo desafio aparecia. Pois, apesar de os dados públicos serem de domínio da população, encontramos algumas barreiras para conseguir alguns dados e informações muitas vezes essenciais para a continuidade da investigação. Estes e outros fatores causaram atrasos e até mesmo impediram o avanço da nossa pesquisa.

A realização das entrevistas com os gestores e gerentes também se tornou um problema já que o Secretário Municipal de Saúde (responsável pela pasta na gestão 2009 - 2012), após inúmeras tentativas frustradas não aceitou conversar conosco, tivemos então que excluí-lo da pesquisa. O Coordenador da APS também se mostrou indisposto a cooperar com a nossa pesquisa. No entanto, após algumas tentativas esse acabou indicando duas profissionais da Secretaria Municipal de Saúde para participarem do estudo. As indicadas foram a sua antecessora (Coordenadora da APS de 2004 a 2010 e atual Coordenadora da Regulação, Avaliação e Auditoria do SUS) e a Coordenadora do Setor Sul.

Essas profissionais por sua vez foram bastante atenciosas e se dispuseram a contribuir com a pesquisa. Outros profissionais que também contribuíram muito para o estudo foram o Diretor de Gestão de Pessoas e a Diretora de Planejamento e Informação em Saúde.

Nas equipes de saúde da família também tivemos alguns entraves. Pois as três primeiras equipes escolhidas não se dispuseram a participar do estudo justificando que estavam participando do Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), não tendo disponibilidade para nos receber. Realizadas as substituições, contactamos outras equipes até chegarmos ao total de 10, que foi a amostra proposta. Após a distribuição dos questionários para os profissionais ocorreu muita dificuldade em recolhê-los no tempo combinado. Tivemos que retornar

em algumas equipes por várias vezes para conseguir atingir o objetivo proposto. Mesmo assim, ocorreram quatro perdas de questionários de médicos, que concordaram em participariam do estudo, mas não os devolveram alegando excesso de trabalho, recusa em se expor e grande extensão do questionário.

Analisar o modelo assistencial da atenção primária à saúde a partir da implantação da Estratégia Saúde da Família, e discutir suas potencialidades em orientar a organização do sistema de saúde municipal de Uberlândia, quanto à integração à rede de serviços, com coordenação dos cuidados e à atuação intersetorial, envolvendo a perspectiva das famílias cadastradas, dos profissionais de saúde e dos gestores, objeto desse estudo, foi apenas o retrato de uma realidade que está sempre em movimento. A sensação que temos é que preciso avançar sempre. Temos o anseio de que esse estudo sirva de subsídio para a adoção de algumas ações na área da saúde pública em Uberlândia. Isso porque apontamos algumas fragilidades no sistema municipal de saúde que precisam ser resolvidas. Entre elas, está o sistema de regulação de consultas especializadas e atenção hospitalar que não consegue atender adequadamente a rede.

Em Uberlândia, o processo de reorganização do sistema de saúde e a adoção da Estratégia de Saúde da Família como porta de entrada dos serviços de Atenção Primária não ocorreu em toda a cidade, pois somente 23% da população está cadastrada pelas equipes de saúde da família. Em acordo firmado em 2003, entre a Prefeitura Municipal e o Ministério da Saúde, a cobertura populacional deveria ser de 50%. A justificativa é a de que faltaram recursos financeiros, no entanto, sabemos que este não é o fator principal, pois houve investimentos para a reforma das UAIS, das UAPS, além da construção do Hospital Municipal, que deu muita visibilidade ao prefeito municipal. O que concluímos é que faltou interesse em investir na ESF e torná-la o modelo de APS do município.

Para garantir a consolidação da Estratégia Saúde da Família em Uberlândia e melhorar a qualidade da atenção à saúde, é preciso reavaliar o volume de população por equipes, assim como o fluxo de pacientes entre os vários níveis, melhorar a infraestrutura e os recursos tecnológicos, avançar na coordenação dos cuidados e, também, na intersetorialidade. Contudo, é preciso investir em recursos humanos, tanto no que se refere a aumentar o número de profissionais, quanto a

refletir sobre a formação destes, para que tenham o perfil adequado ao modelo de APS e recebam salário compatível.

O processo de trabalho, a questão da formação e qualificação dos profissionais das equipes de saúde da família em Uberlândia são problemas que dificultam o avanço de um trabalho bem articulado, tanto entre os profissionais, quanto entre as instituições sociais que fazem parte das comunidades atendidas, o que dificulta a maneira de perceber os problemas prioritários e a mudança para um modelo de atenção centrado na família e na comunidade.

Para isso, é necessário pensar na estabilidade dos profissionais atuantes nas equipes e diminuir a sua rotatividade. Os profissionais, por sua vez, necessitam ser qualificados e comprometidos com o trabalho, dentro dos princípios da ESF, sendo necessário investir mais em sua formação e capacitação.

Percebemos que as enfermeiras e alguns poucos profissionais médicos pesquisados têm a verdadeira prática em saúde da família, sendo que a opinião, especialmente destas, sobre a estratégia é muito mais condizente com os propósitos de promoção de saúde e prevenção os agravos. Vale lembrar que parte do sucesso da ESF foi por causa desses profissionais que entenderam os propósitos da saúde da família e praticam esses ideais.

Em muitos casos os resultados apontaram divergências de opinião em relação aos profissionais médicos e de enfermagem sobre a articulação com a comunidade: a nossa posição é a de que, como são as enfermeiras que coordenam todo o cuidado, essas estão mais integradas à realidade da comunidade. Sabem mais sobre os riscos à saúde, riscos sociais e ambientais da comunidade nas quais elas coordenam as equipes. Enfim, elas participam mais da vida da comunidade. Muitos profissionais médicos, por sua vez, ainda continuam trabalhando no modelo biomédico, centrado na doença, permanecendo na “zona de conforto”, não percebendo as potencialidades que a ESF tem para melhorar a condição de vida e saúde das populações atendidas.

Essa posição muito se deve à formação dos profissionais médicos, que tem uma carreira elitista voltada para as especialidades médicas, ainda reproduzindo

aquela ideia que “saúde da família é um modelo pobre, para pobres”. A baixa valorização do profissional médico de família por parte dos outros médicos especialistas é um fator que contribui para o número reduzido de profissionais que têm especialização ou residência em saúde da família, dificultando uma integração maior desse profissional ao modelo de ESF, já que a maioria não tem formação específica na área.

Torna-se necessário melhorar a parceria entre a Prefeitura Municipal de Uberlândia e a Universidade Federal de Uberlândia, estreitando a relação entre a formação dos profissionais do setor saúde com a prática assistencial, numa tentativa local de mudança na formação desses profissionais, tornando o modelo de formação da área médica, principalmente, mais comprometido com a saúde pública.

Outra dificuldade para a efetivação da ESF é a garantia do acesso à atenção integral, ou seja, acesso a outros níveis de atenção para buscar a integralidade e melhorar o cuidado aos usuários. É urgente que seja estabelecida uma coerência entre a situação de saúde e o SUS municipal, sendo necessário que a rede de atenção à saúde seja uma nova maneira de organizar o sistema, tornando-o mais integrado para responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, as necessidades de saúde da população uberlandense.

Em relação aos principais problemas para a integração da rede de serviços, o principal problema é o que ocorre por causa das listas de espera que impedem o acesso adequado ao cuidado especializado e hospitais. Assim como os problemas que ocorrem na relação entre a UAPSF e a atenção especializada no setor de cuidados ambulatoriais também dificultam a integração da rede.

O apoio matricial oferecido na área de ginecologia, psicologia e saúde mental precisa ser ampliado para outras áreas da saúde. O que possibilitará maior troca de saberes e o desenvolvimento de competências, baseado em dúvidas, dificuldades e necessidades de aprendizado das equipes, que tem a possibilidade de criar espaços para invenções e experimentações que ampliam as competências da equipe de saúde da família, contribuindo para o aumento da resolutividade e para a efetivação da coordenação integrada do cuidado.

A Estratégia Saúde da Família vem sendo adotada como modelo estruturante da APS em algumas áreas da cidade de Uberlândia e também na zona rural do município. Entre as vantagens dessa estratégia está o fato de ela coordenar o processo de cuidado e estabelecer vínculos com a comunidade atendida. O ACS tem um papel muito importante nesse processo, já que ele é o profissional que tem maior contato com a comunidade, por isso, ele deve ser mais bem capacitado e entender minimamente de APS, para poder orientar melhor a comunidade adscrita sobre ações de promoção, prevenção e reabilitação dos agravos à saúde.

Em Uberlândia, a cobertura pela ESF ainda é pequena, no entanto, saímos de um momento de estrangulação dos serviços oferecidos nas Unidades de Atenção Primária à Saúde, que em 2003 eram insuficientes para atender a toda a população, para um período no qual houve a ampliação da cobertura assistencial em Atenção Primária a Saúde. Ainda assim, falta avançar mais quanto à cobertura assistencial pela ESF, pois estudos evidenciam que, uma atenção primária cujos serviços de primeiro contato são incorporados ao sistema de saúde com a oferta integral de ações, promove impacto positivo sobre os indicadores de saúde e ainda traz ganhos de eficiência e que o melhor modelo de APS é a Estratégia de Saúde da Família.

As principais inovações da ESF em Uberlândia são o aumento na garantia do acesso e a ampliação da resolutividade nas áreas atendidas. Nessas áreas, houve mudanças na política municipal em relação ao modelo de assistência, que se voltou para a ESF. Os gestores municipais reconhecem as potencialidades da ESF, mas ainda há dificuldade de reconhecimento como sendo esse o melhor modelo de APS. No entanto, temos a certeza que os vínculos e a humanização preconizada pelos princípios da ESF garantem mais confiança nas equipes e maior resolutividade aos agravos à saúde.

Um novo olhar sobre a assistência - diferente da lógica do modelo tradicional de fragmentação do cuidado com o especialista - e a constituição das Unidades de Atenção Primária em Saúde da Família - como a porta de entrada preferencial dos pacientes nas áreas cobertas pela ESF - deve ser uma realidade do modelo assistencial uberlandense, pois, nas áreas atendidas, há maior integralidade e articulação entre os vários níveis de atenção.

Torna-se necessário reformular paradigmas e mudar a ideia de que níveis de complexidade estejam relacionados diretamente, com menor ou maior grau de especialização, a atenção primária à saúde não apresenta menor grau de dificuldade ou exige menor grau de conhecimento ou habilitação. Isso é um erro, pois o nível de complexidade mais básico do sistema está relacionado com a necessidade de conhecimentos mais abrangentes, enquanto os níveis secundário e terciário são mais específicos ou parcelados/especializados, e usam intensivamente procedimentos baseados em aparelhos e exames.

A Estratégia de Saúde da Família deve ser um instrumento de mudança do modelo assistencial, ao evidenciar as fragilidades e limitações do modelo tradicional. A convivência de dois modelos pode ser importante, em um momento de transição, mas como já se passaram 11 anos de implantação, a adoção mais homogênea da ESF pelo município de Uberlândia se faz necessária, já que os indicadores de atenção primária: maior cobertura vacinal, sete consultas de pré-natal, melhor acompanhamento de grupos focais: hipertensos, diabéticos, sobretudo, são melhores nas áreas atendidas do que nas sem ESF. Torna-se necessário, principalmente nas áreas mais carentes, pressionar sua expansão e sua adoção, de forma exclusiva, nosso estudo indica que serão necessárias de 100 a 120 equipes para atender a toda essa população.

As áreas de abrangência das Unidades de Atenção Primária em Saúde da Família são as bases de funcionamento da Estratégia de Saúde da Família, no entanto o estudo dessas áreas apresenta dificuldades, pois o território que o SUS definiu é normatizado e na maioria das vezes, as formas desse território não são consideradas. Torna-se imprescindível considerar a inseparabilidade entre a materialidade e o seu uso (SANTOS, 2004). O processo de territorialização do SUS não considera a materialidade como um componente imprescindível do espaço geográfico e como uma condição para a ação.

Uma das dificuldades encontradas na territorialização das equipes de saúde da família em Uberlândia está na expansão urbana. Se uma equipe começa a funcionar com 4.000 pessoas em um território ainda em construção, em poucos tempo estará saturada, o que a impossibilita de oferecer serviços de atenção primária a toda a população cadastrada com qualidade, é preciso que haja uma



nova redefinição dos territórios das equipes de saúde da família, principalmente nos núcleos: Planalto, Morumbi e Roosevelt, que estão com algumas equipes com população cadastrada acima do preconizado pelo Ministério da Saúde. O Núcleo São Jorge já está passando por essa redefinição e pela implantação de novas equipes. A Geografia tem muito a contribuir para o processo de escolha dessas áreas. Encontrar uma maneira de os equipamentos públicos chegarem às áreas de expansão urbana é um grande desafio.

Estamos vivenciando a expansão de novos loteamentos e programas governamentais de moradia para a população de baixa renda (Minha Casa, Minha Vida), em Uberlândia. Torna-se necessário oferecer não somente a casa, mas também acesso aos serviços de saúde, educação, lazer e transporte adequados para essas populações. Pensar em políticas intersetoriais para essas populações sob a ótica do território torna mais claro a noção de complexidade e a relação entre o que as pessoas precisam para viver.

Para termos saúde, não precisamos apenas de médicos, enfermeiros, unidades de saúde, ambulâncias e remédios. Precisa-se de mais, necessitamos também de saneamento básico, ar puro, boa alimentação, higiene, lazer, moradia digna, renda adequada, acesso a educação e informação. São os usos do território pelas distintas funcionalidades requeridas pela existência que importa. Em muitos territórios da ESF falta tudo aquilo que dignifica a vida humana naquele lugar. E a interação e a articulação entre todas as coisas é que fará daquele lugar, um lugar bom de se viver.

A análise dos indicadores demográficos, socioeconômicos e habitacionais indicou algumas áreas que são de risco social na cidade de Uberlândia e que não possuem equipes de saúde da família. Entre elas apontamos a necessidade de ampliação do número de equipes de saúde da família no setor Leste nos bairros Joana Darc, Alvorada, Dom Almir, Morumbi, assim como a implantação da ESF no bairro Segismundo Pereira. No setor Oeste apontamos a necessidade de mais equipes nos bairros Canaã, São Lucas, Morada Nova e Mansour. Além da implantação da ESF no Tocantins, Luizote e Chácaras Tubalina e Quartel, Jaraguá, Jardim Holanda e Santo Inácio que apresenta alguns setores censitários com considerável população de baixa renda.

No setor Norte as equipes São José e Maravilha precisam ser ampliadas, pois vem trabalhando com população muito superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde. Apontamos também a necessidade de implantação da ESF nos bairros Minas Gerais, Nossa Senhora das Graças e Jardim Brasília. No Setor Sul os bairros Carajás e Pampulha também possuem os requisitos necessários para a implantação da ESF.

A área central é um grande problema, pois possui uma população muito diversificada do ponto de vista socioeconômico e demográfico e falta ao poder público municipal olhar melhor para essa população que só possui a Unidade de Atendimento Integrado do Bairro Martins responsável por atendimento ambulatorial para 50 mil habitantes. É preciso investir mais em APS para essa população.

Os parâmetros espaciais e temporais devem ser considerados para o processo de territorialização das equipes de saúde da família. A configuração territorial ideal deve incluir um espaço bem definido e gerenciável, onde as necessidades de saúde possam ser definidas e os serviços de saúde racionalmente planejados e monitorados. Nesses territórios, as UAPSFs devem se organizar como instituições de liderança, mobilização e utilização dos recursos. O território deve permitir a oportunidade de compreender as relações entre os elementos que determinam a saúde e a doença e estabelecer as parceiras para melhorar a saúde da população.

Por fim, o conhecimento geográfico se torna fundamental na consolidação das políticas de saúde em Uberlândia. Produzir informações que possibilitem o planejamento e ações de saúde mais eficazes é uma das contribuições que a Geografia tem a oferecer à área da Saúde.

## **Referências Bibliográficas**

ALMEIDA, Célia. MACINKO, James. **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**. Brasília: OPAS; 2006.

ALMEIDA, Eliza Pinto de. **O uso do território brasileiro e os serviços de saúde no período técnico científico e informacional**. Tese (Doutorado em Geografia (Geografia Humana)) - Universidade de São Paulo, 2005.

ARANHA, Pablo Ruiz Madureira. **Do mundo como norma ao lugar como forma: o uso do território na Estratégia de Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado em Geografia). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2010. 101 f.

BARCELLOS, Christovam. BASTOS, Francisco Inácios. Redes sociais e difusão da AIDS no Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**. Washington, v. 121, p. 11-24, 1996.

BARRETO, Mauricio Lima. O Espaço e a Epidemiologia: entre o conceitual e o pragmático. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 613-614, 2000.

BELO HORIZONTE. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde. Superintendência de Atenção em Saúde. **Implantação do Plano Diretor de Atenção Primária: oficina 1 - Rede de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte, 2008, p. 153.

BOUSQUAT, Aylene. Conceitos de espaço na análise de políticas de saúde. In: **Lua Nova**. São Paulo. CEDEC. Nº 52, 2001, p. 71 a 92.

BOUSQUAT, Aylene. COHN, Amélia. A dimensão espacial nos estudos sobre saúde: uma trajetória histórica. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Vol. 11(3); 549-568, set-dez, 2004.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. Brasília, 1990.

BRASIL. Portaria nº 2.203 de 1996. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do SUS 01/96. Brasília, 1996.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, XXX p. 2004. (CONASS Documenta).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Atenção Básica; **Ministério da Saúde** (Série I. História da Saúde no Brasil). Brasília, p. 144, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. –

Brasília : **Ministério da Saúde**, 2010.60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde;v.7, 2006).

BRASIL. Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família. Disponível em [http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154\\_24\\_01\\_08.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf) acesso em março de 2010.

BRASIL. Portaria n.º 1101/GM de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial sejam estabelecidos pela Direção Nacional do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2002.

BRASIL. Portaria nº 1.602, de 9 de julho de 2011. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB). Brasília, 2011.

BRASIL. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília, 2011.

BRASIL. Portaria nº 2.206, de 14 de setembro de 2011. Estabelece os critérios para o Programa de Requalificação de Unidade Básica de Saúde. Componente Reforma. Brasília, 2011.

BRASIL. Portaria nº 459, DE 15 DE MARÇO DE 2012. Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica : AMAQ / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.134 p.: il. – (Série B. Textos básicos de saúde)

BUSS, Paulo M.; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença**: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(9):2005-2008, set, 2006.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. Atualidade do federalismo: tendências internacionais e a experiência brasileira. In: Corrêa VLA, Vergara SC, organizadores. **Proposta para uma Gestão Pública Municipal Efetiva**. 2ª ed. Rio de Janeiro: FGV; p. 39-47, 2004.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec. 2003.

CAPISTRANO, D. **Programa Saúde da Família: vantagens para médicos e pacientes**. [online]. Disponível na Internet: <<http://w.cremesp.com.br/antiores/pag3.html>> (13/ 09/12).

CASTRO, Josué de. **Geografia da Fome**: o dilema brasileiro: pão ou aço. Rio de Janeiro. Edições Antares, 1984.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CORBO, A. D.; MOROSINI, M. V. G. C. Saúde da família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.) **Textos de apoio em política de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

CONILL, Eleonor Minho. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1417-1423, set-out, 2004.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, supl. 1, 2008, p. 7-16.

CONILL Eleonor Minho, FAUSTO MCR. **Análisis de la problemática de la integración APS em el contexto actual**: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en La cohesión social. Proyecto EUROsociAL Salud, Intercambio "Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria com otros Niveles de Atención" Documento técnico. Rio de Janeiro: IRD, 2007 [2010 Abr 10]. Disponível em: [http://www.eurosociasalud.eu/docs/p4\\_1\\_1\\_1/Mzl=](http://www.eurosociasalud.eu/docs/p4_1_1_1/Mzl=)

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. A. M. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na implantação de programas. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 29-46.

CZERESNIA, Dina; RIBEIRO, Adriana Maria. O Conceito de Espaço em Epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 2000. V. 16, n. 3, p. 595-613.

CZERESNIA Dina, FREITAS CM (org.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p.39-53.

DIAS, Leila Christina. Redes: emergência e organização. In: CASTRO, Iná Elias de. et all.(Orgs). **Geografia: Conceitos e temas**. 10ª. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, RJ. 2007. p. 141-162.

ELIAS PE, FERREIRA CW, ALVES MCG, COHN A, KISHIMA V, ESCRIVÃO JÚNIOR 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: 633-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30979.pdf>.

FELISBERTO, Eronildo. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, 4(3). 2004. pp. 317-321.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Dicionário **Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1988.

FEUERWERKER, L. C. M.; SOUSA, M. F. Em busca de um novo paradigma: a arte de trabalhar em rede. **Divulgação Saúde para Debate**, n.21, 2000, p.49-53.

FEUERWERKER, L. C. M.; COSTA, H. Intersetorialidade na Rede Unida. **Divulgação Saúde para Debate**, n.22, 2000a, p.25-35.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY; Emerson Elias. **PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial**. [S.l.], 1999. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/Tribu-buna/PSFTito.html>. Acesso em novembro de 2006.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. IN: MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

GENTILE, M. Promoção da Saúde. **Revista de Promoção da Saúde**. Brasília, ano 1, nº1. 1999. p. 20-32

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

GIOVANELLA Ligia et al. **Integralidade da atenção em sistemas municipais de saúde: metodologia de avaliação e intervenção**. Relatório de Pesquisa, Rio de Janeiro. ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2000.

GIOVANELLA Ligia et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate** 2002; nº 26. p.37-61.

GIOVANELA Ligia, ESCOREL Sarah; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. **Estudos de caso sobre implementação da Estratégia Saúde da Família em Quatro Grandes Centros Urbanos**. Relatório final - Belo Horizonte. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Ministério da Saúde, 2009.

GIRADE, Halim Antônio. Assim nasceu o programa saúde da família. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da Saúde da Família no Brasil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010, p.20-24.

GODIN, Grácia Maria de Miranda et al. O território da saúde: organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Barcellos, Christovam. **Território, ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GÖTTEMS, L. B. D.; PIRES, M. R. G. M. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, 2009, p. 189-198.

GOULART, Flávio A. de Andrade. **Saúde da Família: boas práticas e círculos virtuosos**. Uberlândia: EDUFU, 2007.

\_\_\_\_\_. Saúde da Família: flexibilizar sem perder a compostura. **Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde**. Disponível em: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wpcontent/uploads/2012/05/flexibilizarsemp order.pdf> Acesso em maio de 2012.

GUIMARÃES, Raul Borges. Saúde Urbana: velho tema e novas questões. **Terra Livre**, São Paulo, n. 17, p. 155-170, 2001.

\_\_\_\_\_. Regiões de saúde e escalas geográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, 2005, p. 1017-1025

HARTZ, Zulmira MA. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, 7(3): 2002. pp. 419-421.

HARTZ, Zulmira MA. CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S331-S336, 2004.

HARTS, Zulmira; FELIZBERTO, Eronildo; VIEIRA da SILVA, Lúcia Maria (org.). **Meta-avaliação da atenção básica à saúde – teoria e prática**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

HENRIQUE, Flávia. CALVO, Maria Cristina Marino. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1359-1365, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Populacional 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/> acesso em janeiro de 2012.

JANUZZI, P. de M. **Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais**. Campinas: Ed. do autor/ PUCAMP, 2002.

JAPIASSU, Hilton. **A crise da razão e do saber objeto**. São Paulo: Letras & Letras, 1996.

JUNQUEIRA, L.A.P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, v.34, p.35-45, 2000.

LEAVELL, S; CLARCK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.



MACINKO, James. GUANAIS Frederico C. SOUZA Maria de Fátima. An Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal Epidemiol Community Health**. 2006; 60: 13-9.

MACINKO, James, et al. The Influence of Primary Care and Hospital Supply on Ambulatory Care–Sensitive Hospitalizations Among Adults in Brazil, 1999–2007. **American Journal of Public Health**. October 2011, Vol 101, No. 10.

MACHADO, Felipe Sales Neve, et al. Utilização da telemedicina como estratégia de promoção de saúde em comunidades ribeirinhas da Amazônia: experiência de trabalho interdisciplinar, integrando as diretrizes do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(1):247-254, 2010.

MARQUES, Rosa Maria. MENDES, Áquilas. Política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18 (suplemento), p 163-171, 2002.

MATTA, Gustavo Corrêa (org.) **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. / organizado por Gustavo Corrêa Matta e Júlio César França Lima. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPJSV, 2008. 410 p.

MEDINA, M.G. & AQUINO, R. Avaliando o Programa de Saúde da Família. In: Sousa, M.F. (org). **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo, Hucitec. 2002. pp.135-151.

MEDRONHO, Roberto de Andrade, et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2005.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Assessoria de Normalização. 2007.

MENDES. Eugênio Vilaça. **Comitê de assuntos estratégicos da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2007a

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MENDES, Mary Alves. Mulheres Chefes de Domicílios em Camadas Pobres: trajetória familiar, trabalho e relações de gênero. Anais XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu - MG – Brasil, de 20- 24 de Setembro de 2004. Disponível em: [http://www.abep.nepo.unicamp.br/site\\_eventos\\_abep/PDF/ABEP2004\\_787.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_abep/PDF/ABEP2004_787.pdf) acesso em dezembro de 2012.

MINAYO. Maria Cecília de Souza. Quantitativo e qualitativo em indicadores de saúde: revendo conceitos. In: LIMA, M.F.C.; SOUZA, R.P. (org.). **Qualidade de vida:**

**compromisso histórico da epidemiologia.** Belo Horizonte: Coopmed-Abrasco. 1994, p. 25-33.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12<sup>a</sup>.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conselho Nacional da Saúde.** Resolução 196/96. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Brasília, 1996a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família** – uma estratégia para reorganização do modelo assistencial. Secretaria de Assistência à Saúde/ Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica / Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. 2003. [Produto do trabalho da Comissão instituída pela Portaria Nº 676 GM/MS de 03 de junho de 2003, publicada no DOU em 04 de junho de 2003].

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação; Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. – Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005. 36 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil.** Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Brasília. Abril, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Painel de Indicadores SUS nº 7.** Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Panorâmico. Volume III. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sala de Situação em Saúde.** Brasília: Atenção Básica em Saúde. 2010. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>> acesso em setembro de 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROESF. 2010a. Brasília: Atenção Básica em Saúde. 2010. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/dab/proesf/> acesso em setembro de 2010a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. – 4. Ed. –

Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura do PSF. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/imgs/graficos\\_abnumeros/dab\\_graph\\_porcentagem.jpg](http://dab.saude.gov.br/imgs/graficos_abnumeros/dab_graph_porcentagem.jpg) Acesso em setembro de 2011.

MONKEN, Maurício. BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(3):898-906, mai-jun, 2005.

NOSSA, Paulo Nuno Maia de Souza. **Abordagens geográficas da oferta e consumo de cuidados de saúde**. Universidade do Minho. Instituto de Ciências Sócias. - Tese Doutorado em Geografia- p.392, 2005.

OFFNER, J. M. e PUMAIN, D. **Réseaux et territoires: Significations croisées**. Paris: Ed. de l'Aube, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **A carta de Liubliana sobre a reforma da atenção à saúde**. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, Núcleo de Sistemas e Serviços de Saúde. Texto de Apoio nº 25, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Brasília, Organização Mundial da Saúde, 2003.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – **Informe sobre la salud en el mundo, 2003**: forjemos el futuro. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **Prevenção de doenças crônicas**: um investimento vital. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde/Public Health Agency of Canadá, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde 2008**: cuidados de saúde primários – Agora mais do que nunca. Genebra: OMS, 2008.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. Alma-Ata. 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>> acesso em: 21 de novembro de 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – **Redes integradas de servicios de salud**: integración de programas prioritarios de salud pública, estudios de caso de la Región de las Américas y el Caribe. Lima, Organización Panamericana de la Salud, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – **Inovação nos sistemas logísticos**: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS. Brasília, OPAS/OMS, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – **Redes integradas de servicios de salud**: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, HSS/IHS/OPS, Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – **A atenção à saúde coordenada pela APS**: construindo as redes de atenção no SUS, contribuições para o debate. Brasília, OPAS/OMS, 2011.

ORTÍ, A. La confrontación de modelos y niveles epistemológicos en la génesis e historia de la investigación social. In: Delgado, J.M. & Gutierrez, J. **Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales**. Madrid: Ed. Síntesis. 1994.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária brasileira**: contribuição para compreensão e crítica. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia. 2007. 300p. Tese de doutorado em Saúde Coletiva.

PAIM, Jairnilson. TRAVASSOS, Claudia. ALMEIDA, Célia. BAHIA, Ligia. MACINKO, James. Saúde no Brasil 1. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. The Lancet. 2011.

PEDUZZI, Marina. **O enfermeiro no Programa de Saúde da Família**. 1º Seminário “O enfermeiro no Programa Saúde da Família. São Paulo. 2001.

PEDUZZI, Marina. ANSELMÍ, Maria Luiza. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Rev. Bras. Enfermagem**. Brasília, v. 55, n. 4. p. 392-398, jul./ago. 2002.

PEDROSA, J. I. S; TELES, J B M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n.3, p. 303-311, jun. 2001.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra.; BARCELLOS, Christovam. O território no Programa de Saúde da Família. **Hygeia**, Uberlândia, n. 2, v. 2, p. 47-55, jun. 2006. Disponível em: < [www.hygeia.ig.ufu.br](http://www.hygeia.ig.ufu.br) > acesso em: 26 de maio de 2009.

PINTO, Heider A. KOERNER, Rodolfo S, SILVA Diego CA. Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a Atenção Básica. **CONASEMS**. Brasília: 2012. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/site/index.php/comunicacao/artigos/2372> Acesso em julho de 2012.

RAFFESTIN, C. **Por Uma Geografia do Poder**. São Paulo: Ática, 1993.

RAMIRES, Julio Cesar de Lima; SANTOS, Márcia Andreia. Exclusão social em Uberlândia: algumas reflexões a partir do Bairro Dom Almir e seu entorno. **Revista Caminhos da Geografia**, Uberlândia 2(4), jun, 2001. p. 73-87. Disponível em [www.caminhosdegeografia.ig.ufu.br](http://www.caminhosdegeografia.ig.ufu.br) acesso em março de 2009.

RAMIRES, Julio Cesar de Lima. Cidade e Saúde Coletiva: conceitos e temas para um debate preliminar. RAMIRES, Julio Cesar de Lima (organizador). **Cidade e**

**Saúde Coletiva: Uberlândia em Debate.** Rio de Janeiro: Letra Capital, 2012. pp- 9-32.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil:** conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.: il.

RODRIGUES, C. R. F. **Participação e atenção primária em saúde:** o programa de saúde da família em Camaragibe – PE (1994 – 1997). - Dissertação (Mestrado em Saúde Pública da USP) São Paulo, 1998.

RODRIGUES, M. J. **Espaço e serviços de saúde pública em Uberlândia:** uma análise do acesso ao Programa Saúde da Família – Núcleo Pampulha. Uberlândia, 2007.. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia. 2007, p.198f.

\_\_\_\_\_. Estratégias de Saúde da Família em Uberlândia: uma análise das condições de vida e saúde da população do Núcleo Morumbi. In: BENACHIO, Marcus Vinícios. FERNANDES, Karine Beatriz Pinheiro. **Tendências da pesquisa em Educação Ambiental: Preservação, análise e ação socioambiental.** 1ªed. Uberlândia: Edibrás Gráfica e Editora, 2012, p. 77-94.

ROJAS, Iñigues Luisa. **Geografía y Salud: temas y perspectivas em América Latina.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 701-711, 1998.

ROJAS, Iñigues Luisa; BARCELLOS, Christovam. Geografía y Salud en América Latina: Evolución y Tendencias. **Revista Cubana de Saúde Pública,** Havana, v. 29, n. 4, p. 330-343, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 15/03/2011.

SABROZA, Paulo Chagastelles; LEAL, Maria do Carmo. Saúde, Ambiente e Desenvolvimento: alguns conceitos fundamentais. In: SABROZA, Paulo Chagastelles et al (Org.). **Saúde, Ambiente e Desenvolvimento:** uma análise interdisciplinar. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1992. p. 45-93.

SANTOS, Milton. **Metamorfose do espaço habitado:** fundamentos teóricos e metodológicos da Geografia. São Paulo: Hucitec, 1996.

\_\_\_\_\_. **Espaço e Método.** 4. ed. São Paulo: Nobel, 1997.

\_\_\_\_\_. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. **Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, n. 1, v. 8, p. 309-314, 2003.

\_\_\_\_\_. **A natureza do espaço:** técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

SANTOS, Milton, SILVEIRA Maria Laura. **O Brasil:** território e sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SAQUET, Marcos Aurélio. **Abordagens e concepções de território.** 2ª. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010

SENNA, Monica de Castro Maia, COHEN, Miriam Miranda. **Modelo assistencial saúde da família no nível local**: análise de uma experiência. Ciência e Saúde Coletiva. 2002; 7: 523-35. Disponível <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13029.pdf> acesso em março de 2011.

SILVA, S.F. (org). **Redes de Atenção à Saúde no SUS**. Campinas: Idisa/Conasems, 2008.

SPOSATI, Aldaíza. Inclusão social: critérios de análise e métodos de mensuração. In: **Anais do II Seminário Internacional de Inclusão Social**. Santo André: Prefeitura Municipal, 2002, p. 41-44.

STARFIELD, Bárbara. - **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

SOUZA, Maria de Fátima. **Programa de Saúde da Família no Brasil**: análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Brasília: Editora do Departamento de Ciências da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007.

SOUZA, Maria de Fátima de. Saúde da Família no Brasil: do programa a política. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da Saúde da Família no Brasil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010, pp. 26-29.

SOUZAa, Heloisa Machado de. Saúde da Família: uma proposta que conquistou o Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da Saúde da Família no Brasil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010, pp.30-35.

TANAKA, O. Y.; DRUMOND JÚNIOR, M. **Análise descritiva da utilização de serviços** ambulatoriais no Sistema Único de Saúde segundo o porte do município, São Paulo, 2000 a 2007. **os de Saúde**. Brasília, v. 19, n. 4, p. 355-366, 2010.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4, p.927-934, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/10.pdf> acesso em janeiro de 2013.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. **A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS**: desatando nós, criando laços. Brasil. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, Vol. 27, nº65. set/dez. 2003, p. 257-277

TENDLER, J. **Good government in the tropics**. United States: The John Hopkins University Press, 1997. Tradução: ENAP – Escola Nacional de Administração Pública. Brasília, 1998.

TESTA, Mário. **Pensar em salud**. Buenos Aires, OPS/OMS, 1989.

TINLAND, F. Interactions, réseaux, différenciation. In: PARROCHIA, D. (Org.). **Penser les réseaux**. Seyssel: Éditions Champ Vallon, 2001, p. 245-265.

UBERLÂNDIA. **Consolidado: procedimentos realizados de janeiro a dezembro de 2010.** Uberlândia: Diretoria de Planejamento e Informação em Saúde/Secretaria Municipal de Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. **Programa Saúde Todo Dia.** Uberlândia: Secretaria Municipal de Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_. **Plano Municipal de Saúde de Uberlândia 2010-2013.** Uberlândia: Diretoria de Planejamento e Informação em Saúde/ Secretaria Municipal de Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. **Banco de Desenvolvimento Integrado de Uberlândia.** Uberlândia: Secretaria Municipal de Planejamento Urbano. Volume I e II, 2010a.

\_\_\_\_\_. **Área de Abrangência e População de Referência SUS.** Uberlândia: Diretoria de Planejamento e Informação em Saúde/ Secretaria Municipal de Saúde, 2010b.

UNGLERT, Carmen Vieira S. Territorialização em sistemas de saúde. In: Mendes Eugênio Vilaça (organizador). **Distritos sanitários:** processo social de mudanças nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1993, p. 221-35.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; DAL POZ, Mário Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de Saúde da Família. **Physis:** Revista de Saúde Coletiva, v. 8, n. 2, 1998, p. 11-48.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde. In: HARTZ, Z.M.A; VIEIRA-DA-SILVA, L. M (orgs.), **Avaliação em Saúde:** dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, pp. 15-39.





## ANEXO I

### **Roteiro semiestruturado para entrevistas com gestores e gerentes municipais.**

Para conhecer a perspectivas dos gestores foram realizadas entrevistas com informantes-chave selecionados por ocuparem posições na Secretaria Municipal de Saúde relacionadas ao tema desse estudo. Em especial, gestores de atenção primária à saúde e responsáveis por departamentos relativos aos diversos níveis assistenciais, mecanismos de integração e atuação intersetorial.

As entrevistas realizada com a ex-coordenadora da APS do município, com a Diretora de Planejamento e Informação em Saúde e com a Coordenadora do Distrito Sanitário Sul foram orientadas por esse roteiro semi-estruturado em torno de seis tópicos:

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

- 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 Equipes de Saúde da Família e modalidades de capacitação para as equipes;
- Fatores limitantes e facilitadores para implementação e desempenho adequado da Estratégia de Saúde da Família – perspectivas de expansão da ESF, avaliação sobre dificuldades para efetivação da estratégia, aspectos positivos da implantação.

As entrevistas com os demais gerentes municipais seguiram esse 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.

Universidade Federal de Uberlândia  
Instituto de Geografia  
Programa de Pós Graduação em Geografia

## ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UBERLÂNDIA: AVALIAÇÃO SEGUNDO A VISÃO DE DIFERENTES ATORES

### Roteiro de entrevistas para famílias usuárias

Código do Questionário: \_\_\_\_\_

Município de Uberlândia

Data da Entrevista:

Código do Núcleo do ESF: \_\_\_\_\_

Código da Equipe de Saúde da Família: \_\_\_\_\_

Código da Micro-área/ACS: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

---

*A entrevista será agendada por contato telefônico ou pessoalmente pela pesquisadora Maria José Rodrigues. Esta deve ser realizada com o (a) chefe de família ou o (a) cônjuge.*

Bom dia/tarde/noite. Meu nome é \_\_\_\_\_ e estou a serviço do Programa de Pós Graduação em Geografia da Universidade Federal de Uberlândia. Estamos aqui realizando uma pesquisa com as famílias que são atendidas pelo Programa de Saúde da Família em Uberlândia e para isso precisamos contar com a sua colaboração.

Este questionário faz parte de uma pesquisa sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF). Sua participação é muito importante para que possamos saber como está Estratégia Saúde da Família (ESF) aqui em Uberlândia.<sup>1</sup>

Suas respostas serão mantidas em sigilo. Suas respostas não serão identificadas ou mostradas a qualquer profissional dos serviços de saúde. Para que suas respostas possam ser consideradas válidas o(a) Sr.(a) deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de responder o questionário. Agradecemos sua colaboração e solicitamos que todas as questões sejam respondidas de acordo com sua experiência.

---

*O entrevistador entrega uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao entrevistado e espera o entrevistado ler. O entrevistador deve perguntar se o entrevistado quer que o Termo seja lido pelo entrevistador. Ao final da leitura o entrevistador deve solicitar a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da aplicação do questionário.*

---

Roteiro de entrevistas adaptado de: GIOVANELA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, MHM. **Estudos de caso sobre implementação da Estratégia Saúde da Família em Quatro Grandes Centros Urbanos**. Relatório final - Belo Horizonte. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Ministério da Saúde. 2009.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### (FAMÍLIAS)

O(a) Senhor(a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada **“ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UBERLÂNDIA: aplicação e análise de uma metodologia de avaliação de unidades básicas de saúde da família e satisfação dos usuários”**, sob a responsabilidade dos pesquisadores Julio Cesar de Lima Ramires e Maria José Rodrigues, aprovado no Comitê de Ética na Pesquisa com o parecer 668/2011.

Nesta pesquisa nós estamos buscando entender o modelo assistencial da atenção básica em saúde a partir da implementação da Estratégia Saúde da Família no município de Uberlândia 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.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido com a pesquisadora Maria José Rodrigues antes da aplicação do questionário. Na sua participação o(a) Senhor(a) deverá responder a um questionário com perguntas sobre sua residência, problemas de saúde do bairro ou da comunidade, violência, participação social, procura e uso dos serviços de saúde, conhecimento e uso do Programa Saúde da Família, acompanhamento de doentes e avaliação do atendimento recebido.

Em nenhum momento o(a) Senhor(a) será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. O(a) Senhor(a) não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento o(a) Sr.(a) pode desistir e retirar seu consentimento. Participar da pesquisa não lhe trará nenhum benefício individual e tampouco qualquer prejuízo. Contudo, poderá contribuir para melhorar o conhecimento sobre a situação do Programa Saúde da Família no município de Uberlândia e para melhorar a política de atenção básica no município.

O(a) Senhor(a) é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o(a) Senhor(a). Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, o(a) Senhor(a) poderá entrar em contato com: Julio Cesar de Lima Ramires pelo telefone 3239 4169 ramal 15 ou no endereço: Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, 2121 - Campus Santa Mônica - Instituto de Geografia - bloco 1H sala 1H29. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 3239 4131

Uberlândia, ..... de .....de 2012

---

Julio Cesar de Lima Ramires/Maria José Rodrigues

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

---

Participante da pesquisa

<b>A. CARACTERIZAÇÃO DOS MORADORES E FAMÍLIAS</b>  A1. Quem é o chefe da família nesta residência? 1.( ) O próprio informante 2.( ) Cônjuge 3.( ) Outros				A2. Inicialmente, gostaria de saber quantas pessoas moram nesta residência, contando com as crianças : nº de pessoas_____				
A3. Como eles se chamam? Vamos começar pelo nome do chefe da família (código P1) e a seguir pelo cônjuge (código P2)								
Cód. P	Nome (Só o primeiro nome)	A  Sexo	B  Idade	C  O que o (a) é do chefe da família?	D  Cor ou Raça <i>(Preencher somente para chefe de família e cônjuge)</i>	E  Estuda atualmente	F  Nível de instrução (Série/Grau Atual ou até onde estudou)	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
<b>Instruções para preenchimento das colunas</b>								
<b>Sexo</b>								
A	1. Masculino			2. Feminino		3.Não declarado		
<b>Parentesco com o chefe de família</b>								
B	1. O Próprio	2. Conjugue	3. Companheiro(a)	4. Filho(a)	5. Genro ou Nora	6. Neto	7. Pai ou Mãe	
	8. Sogro(a)	9. Irmão(ã)	10. Primo(a)	11. Enteadado(a)	12. Avô(ó)	13. Outro parente	14. Não é parente	
<b>Cor / Raça</b>								
C	1. Preta		2. Parda		3. Branca		4. Amarela	5. Indígena
<b>Estuda Atualmente</b>								
D	1. Sim			2. Não				
<b>Nível de instrução</b>								
E	1. Analfabeto(a) ou menos de um ano de instrução			2. Básico (1ª a 4ª série)				
	3. Fundamental incompleto			4. Fundamental completo				
	5. Ensino Médio incompleto			6. Ensino Médio completo				
	7. Superior incompleto			8. Superior incompleto				
	9. Pós graduação							

**A4.** De todas as pessoas que moram nesta casa, quais recebem alguma renda ou ganham dinheiro fazendo algum tipo de trabalho?

Nome (Preencher com o código P)	A	B
	Fonte de renda <b>principal</b>	O (a)____trabalha com carteira assinada?

**Instruções para preenchimento das colunas**

**Posição na ocupação**

A	1. Empregador	2. Empregado setor privado	3. Empregado setor público	4. Trabalha por conta própria
	5. Trabalhador doméstico	6. Pensionista/ Aposentado	7. Locador de imóvel	8. Recebe benefícios sociais
	9. Dona de casa	10. Estudante	11. Desempregado	12. Criança menor de 7 anos
	13. Pensão alimentícia	14. Outro. _____		

**Trabalha com carteira assinada**

B	1. Sim	2. Não	99. NSA (Recebe benefícios sociais ou aposentado)
---	--------	--------	---

<p><b>A5.</b> Juntando o que ganham todos os que trabalham ou que têm renda nesta família, qual é a renda familiar mensal bruta?</p> <p>_____ Reais</p> <p><b>A6.</b> De todas as pessoas que moram nesta casa, tem alguma que receba aposentadoria, pensão ou algum auxílio do governo?</p> <p>1. ( ) Sim</p> <p>2. ( ) Não (VÁ PARA A8)</p> <p><b>A7.</b> Qual o tipo? Aposentadoria, pensão ou algum auxílio do governo? (<i>Admite mais de uma resposta</i>)</p> <p>a. ( ) Aposentadoria</p> <p>b. ( ) Benefício de prestação continuada</p> <p>c. ( ) Bolsa família</p> <p>d. ( ) Auxílio doença</p> <p>e. ( ) Outro, especificar:</p> <p><b>A8.</b> O Sr.(a) ou alguém da sua família tem plano privado/seguro de saúde?</p> <p>1. ( ) Sim</p> <p>2. ( ) Não</p> <p><b>B. CARACTERÍSTICAS DO DOMICÍLIO</b></p> <p><b>B1.</b> Tipo de construção predominante, nas paredes externas:</p> <p>1. ( ) Alvenaria</p> <p>2. ( ) Taipa</p> <p>3. ( ) Madeira aparelhada</p> <p>4. ( ) Material aproveitado</p> <p>5. ( ) Outro.</p>	<p><b>B2. Tipo do imóvel</b></p> <p>1( ) próprio</p> <p>2( ) cedido</p> <p>3( ) alugado</p> <p>4( ) financiado</p> <p>99( ) Não se aplica (NSA)</p> <p><b>B2.</b> Quantos cômodos têm esta residência?</p> <p>_____cômodos (considere apenas dormitórios, salas, cozinha, banheiro interno)</p> <p><b>B3.</b> Quantos cômodos estão servindo de</p> <p>a. dormitório? _____</p> <p>b. banheiro interno? _____</p> <p>c. cozinha? _____</p> <p><b>B4.</b> Esta casa está ligada à rede geral de abastecimento de água?</p> <p>1. ( ) Sim</p> <p>2. ( ) Não</p> <p><b>B5.</b> Este domicílio possui iluminação elétrica?</p> <p>1. ( ) Sim</p> <p>2. ( ) Não</p> <p><b>B6.</b> Esta casa está ligada à rede geral de esgoto?</p> <p>1. ( ) Sim (VÁ PARA B8)</p> <p>2. ( ) Não</p> <p><b>B7.</b> Se não está ligado à rede geral de esgoto: qual o tipo de esgotamento sanitário utilizado nesta casa?</p> <p>1. ( ) Fossa</p> <p>2. ( ) Vala negra (esgoto a céu aberto)</p> <p>3. ( ) Outro.</p>																																														
<p><b>B8.</b> Esta casa é servida pelo sistema público de coleta de lixo, seja por recolhimento do lixo na porta de casa, seja através da caçamba?</p> <p>1. ( ) Sim, na porta (VÁ PARA B10)</p> <p>2. ( ) Sim, na caçamba (VÁ PARA B10)</p> <p>3. ( ) Não</p>	<p><b>B9.</b> No caso de não existir coleta regular de lixo, qual o principal meio utilizado para se livrar do lixo produzido nesta casa? (<i>Admite apenas uma resposta</i>)</p> <p>1. ( ) É queimado</p> <p>2. ( ) É enterrado</p> <p>3. ( ) É jogado no valão</p> <p>4. ( ) É jogado no rio</p> <p>5. ( ) É jogado no próprio terreno</p> <p>6. ( ) É jogado na rua ou em terrenos baldios</p> <p>7. ( ) Outro.</p>																																														
<p><b>B10.</b> Por favor, indique quais e quantos dos equipamentos domésticos que eu vou ler existem na sua casa:</p> <table><tr><th>Bens</th><th></th><th>Quantos?</th><th></th></tr><tr><td>a. Televisão</td><td>1. ( ) Sim</td><td></td><td>2. ( ) Não</td></tr><tr><td>b. Geladeira</td><td>1. ( ) Sim</td><td></td><td>2. ( ) Não</td></tr><tr><td>c. Aparelho de som</td><td>1. ( ) Sim</td><td></td><td>2. ( ) Não</td></tr><tr><td>d. Máquina de lavar roupa</td><td>1. ( ) Sim</td><td></td><td>2. ( ) Não</td></tr><tr><td>e. Linha de telefone fixo</td><td>1. ( ) Sim</td><td></td><td>2. ( ) Não</td></tr><tr><td>f. Linha de telefone celular</td><td>1. ( ) Sim</td><td></td><td>2. ( ) Não</td></tr><tr><td>g. Computador</td><td>1. ( ) Sim</td><td></td><td>2. ( ) Não</td></tr><tr><td>h. Forno micro-ondas</td><td>1. ( ) Sim</td><td></td><td>2. ( ) Não</td></tr><tr><td>i. Máquina de lavar pratos</td><td>1. ( ) Sim</td><td></td><td>2. ( ) Não</td></tr><tr><td>j. Carro</td><td>1. ( ) Sim</td><td></td><td>2. ( ) Não</td></tr></table>				Bens		Quantos?		a. Televisão	1. ( ) Sim		2. ( ) Não	b. Geladeira	1. ( ) Sim		2. ( ) Não	c. Aparelho de som	1. ( ) Sim		2. ( ) Não	d. Máquina de lavar roupa	1. ( ) Sim		2. ( ) Não	e. Linha de telefone fixo	1. ( ) Sim		2. ( ) Não	f. Linha de telefone celular	1. ( ) Sim		2. ( ) Não	g. Computador	1. ( ) Sim		2. ( ) Não	h. Forno micro-ondas	1. ( ) Sim		2. ( ) Não	i. Máquina de lavar pratos	1. ( ) Sim		2. ( ) Não	j. Carro	1. ( ) Sim		2. ( ) Não
Bens		Quantos?																																													
a. Televisão	1. ( ) Sim		2. ( ) Não																																												
b. Geladeira	1. ( ) Sim		2. ( ) Não																																												
c. Aparelho de som	1. ( ) Sim		2. ( ) Não																																												
d. Máquina de lavar roupa	1. ( ) Sim		2. ( ) Não																																												
e. Linha de telefone fixo	1. ( ) Sim		2. ( ) Não																																												
f. Linha de telefone celular	1. ( ) Sim		2. ( ) Não																																												
g. Computador	1. ( ) Sim		2. ( ) Não																																												
h. Forno micro-ondas	1. ( ) Sim		2. ( ) Não																																												
i. Máquina de lavar pratos	1. ( ) Sim		2. ( ) Não																																												
j. Carro	1. ( ) Sim		2. ( ) Não																																												

<h3>C. CONHECIMENTO DO PSF</h3> <p><b>C1.</b> O(a) Sr.(a) já ouviu falar ou conhece o Programa de Saúde da Família – PSF?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim. (VÁ PARA C3 )</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não (LEIA O TEXTO)</p> <p><i>O Programa Saúde da Família trabalha com uma equipe composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, que fazem visita domiciliar e atendem no Posto ou Unidade de Saúde da Família.</i></p> <p><b>C2.</b> O(a) Sr.(a) conhece ou já ouviu falar do PSF?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim (VÁ PARA C4)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não (VÁ PARA D1)</p> <p><b>C3.</b> Como o(a) Sr.(a) ficou sabendo do Programa de Saúde da Família?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> TV</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Reunião na comunidade</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Amigos ou vizinhança</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Rádios</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Jornais</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Cartazes e folhetos</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Visita da Equipe de Saúde da Família, que não o ACS</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Na Unidade de Saúde</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Passando pelo local da UAPSF</p> <p>11. <input type="checkbox"/> Outro.</p>					<p><b>C4.</b> O(a) Sr.(a) sabe em que local o Programa Saúde da Família está funcionando atualmente?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não (VÁ PARA C7)</p> <p><b>C5.</b> É fácil chegar ao local onde funciona o Programa Saúde da Família? (Se NÃO: Por quê?)</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não, por dificuldades de ordem física e condições de saúde do entrevistado ou familiar.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Não, devido à localização do Posto/Unidade de Saúde da Família</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Não, por outro motivo. _</p> <p><b>C6.</b> Qual é o meio de transporte que o (a) Sr. (a) utiliza para ir da sua residência até o local onde funciona o Programa de Saúde da Família?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> A pé</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Ônibus</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Carro</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Bicicleta</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Van</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Outro.</p> <p><b>C7.</b> O seu domicílio está cadastrado (registrado) no Posto/Unidade de Saúde da Família?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Não sabe</p>				
<h3>D. DEMANDA E USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE</h3> <p><b>D1.</b> Quando o(a) Sr.(a) ou alguém de sua residência se sente mal ou adoece, o que <b>geralmente</b> vocês fazem? (<i>Não mostrar lista</i>)</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Espera para ver se melhora</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Chama uma ambulância</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Pedir ajuda a vizinhos ou familiares</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Pedir ajuda a rezador</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Procura uma drogaria ou farmácia</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Procura a Unidade de Saúde da Família</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Toma chás ou remédios caseiros</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Toma remédios por conta própria (alopatia)</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Procura a emergência da UAI</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Procura um outro serviço de saúde</p> <p>11. <input type="checkbox"/> Outro.</p> <p>_____</p> <p>_____</p>					<p><b>D2.</b> Quando o(a) Sr.(a) ou alguém de sua residência se sente mal ou doente durante a noite ou nos fins de semana o que vocês <b>geralmente</b> costumam fazer?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Espera para ver se melhora</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Chama uma ambulância</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Pedir ajuda a vizinhos ou familiares</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Pedir ajuda a rezador</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Procura um Agente Comunitário de Saúde</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Procura uma drogaria ou farmácia</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Toma chás ou remédios caseiros</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Toma remédios por conta própria (alopatia)</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Vai à Posto/Unidade de Saúde da Família</p> <p>11. <input type="checkbox"/> Vai a uma Unidade de Atendimento Integrado (UAI)</p> <p>12. <input type="checkbox"/> Vai a um pronto-socorro ou emergência privado</p> <p>13. <input type="checkbox"/> Vai a uma Clínica ou Ambulatório ou médico de plano de saúde ou particular</p> <p>14. <input type="checkbox"/> Telefona para profissional de saúde</p> <p>15. <input type="checkbox"/> Outro.</p>				
<p><b>D3.</b> O(a) Sr.(a) ou alguém de sua residência esteve doente <b>nos últimos 30 dias</b>?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim. Quem? (PREENCHA O QUADRO)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não (VÁ PARA D10)</p>									
<p>Nome (Preencher com o código P)</p>		<p><b>D4.</b> O(a) Sr.(a) considera que o estado de saúde do (a) _____ foi _____</p>			<p><b>D5.</b> Atualmente o(a) _____</p>				
	1. <input type="checkbox"/> Grave	2. <input type="checkbox"/> Mais ou menos grave	3. <input type="checkbox"/> Ou sem gravidade	4. <input type="checkbox"/> Não sabe	5. <input type="checkbox"/> Está curado	6. <input type="checkbox"/> Está do mesmo jeito	7. <input type="checkbox"/> Ou está pior que antes	8. <input type="checkbox"/> Ainda é cedo para dizer	



		ou menos grave	sem gravidade	sabe	curado	do mesmo jeito	está pior que antes	é cedo para dizer
	1. ( ) Grave	2. ( ) Mais ou menos grave	3. ( ) Ou sem gravidade	4. ( ) Não sabe	5. ( ) Está curado	6. ( ) Está do mesmo jeito	7. ( ) Ou está pior que antes	8. ( ) Ainda é cedo para dizer
	1. ( ) Grave	2. ( ) Mais ou menos grave	3. ( ) Ou sem gravidade	4. ( ) Não sabe	5. ( ) Está curado	6. ( ) Está do mesmo jeito	7. ( ) Ou está pior que antes	8. ( ) Ainda é cedo para dizer
	1. ( ) Grave	2. ( ) Mais ou menos grave	3. ( ) Ou sem gravidade	4. ( ) Não sabe	5. ( ) Está curado	6. ( ) Está do mesmo jeito	7. ( ) Ou está pior que antes	8. ( ) Ainda é cedo para dizer

Nome (CÓDIGO P)	A	B	C	D9. Quantos profissionais ou serviços de saúde o (a) _____ procurou, incluindo aquele em que foi atendido?
	D6. O(a) _____ procurou algum tipo de atendimento enquanto esteve doente?	D7. Em que serviço de saúde o(a) _____ foi atendido?	D8. O(a) _____ foi atendido no primeiro serviço de saúde que procurou?	

**Instruções para preenchimento das colunas**  
**Se procurou algum tipo de atendimento**

<b>A</b>	1. Sim (Prossiga)	2. Não (Vá para a pessoa seguinte)
----------	-------------------	------------------------------------

**Serviços de Saúde**

<b>B</b>	1. Agente Comunitário de Saúde	2. Posto/Unidade de Saúde da Família SUS	3. Unidade de Atendimento Integrado
	4. Ambulatório de hospital público	5. Pronto-socorro ou emergência públicos	6. Clínica ou hospital privado
	7. Pronto-socorro ou emergência privados	8. Consultório particular	9. Drogeria ou farmácia
	10. Outro. Especificar _____		

**Se foi atendido no primeiro serviço de saúde que procurou**

<b>C</b>	1. Sim (Vá para D10)	2. Não
----------	----------------------	--------

<p><b>D10.</b> O(a) Sr.(a) costuma procurar o <b>mesmo</b> serviço de saúde ou médico quando precisa de assistência ou prevenção de saúde?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ( ) Sim</li> <li>2. ( ) Não (VÁ PARA E1)</li> </ol> <p><b>D11.</b> Onde o(a) Sr.(a) costuma procurar o atendimento para assistência ou prevenção?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ( ) Unidade ou Equipe de Saúde da Família</li> <li>2. ( ) Unidade de Atendimento Integrado (UAI)</li> <li>3. ( ) Ambulatório de hospital público</li> <li>4. ( ) Ambulatório ou consultório de clínica ou de hospital privado</li> <li>5. ( ) Pronto-socorro ou emergência públicos</li> <li>6. ( ) Pronto-socorro ou emergência privados</li> <li>7. ( ) Consultório particular</li> <li>8. ( ) Drogaria ou farmácia</li> <li>9. ( ) Outro.</li> </ol> <p><i>Se o entrevistado respondeu na pergunta C2 que não conhece nem ouviu falar do PSF, vá para os MÓDULOS H até Q para concluir a entrevista.</i></p> <p><b>E. USO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA</b></p> <p><b>E1.</b> O(a) Sr.(a) saberia me dizer se foi feito algum levantamento, uma avaliação da situação de saúde ou dos problemas de saúde de sua comunidade nos últimos 5 anos? Se SIM: Sabe se este levantamento foi concluído?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ( ) Foi feito e concluído</li> <li>2. ( ) Começou a ser feito, mas não foi concluído</li> <li>3. ( ) Começou a ser feito, mas não sabe se foi concluído</li> <li>4. ( ) Não foi feito (VÁ PARA E3)</li> <li>5. ( ) Não sabe se foi feito (VÁ PARA E3)</li> </ol> <p><b>E2.</b> O(a) Sr.(a) ou alguém de sua residência participou da elaboração desse levantamento ou dessa avaliação da situação de saúde em sua comunidade?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ( ) Sim. Quantas participaram  __ __  pessoas</li> <li>2. ( ) Não</li> </ol> <p><b>E3.</b> Em sua opinião, os profissionais de seu Posto/Unidade de Saúde da Família conhecem os problemas de saúde mais importantes da sua comunidade?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ( ) Sim</li> <li>2. ( ) Não</li> <li>3. ( ) Não sabe</li> </ol> <p><b>E4.</b> O(a) Sr.(a) sabe se sua Equipe de Saúde da Família organiza reuniões com a comunidade para discutir os problemas de seu bairro?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ( ) Sim</li> <li>2. ( ) Não (VÁ PARA E6)</li> <li>3. ( ) Não sabe (VÁ PARA E6)</li> </ol> <p><b>E13.</b> Em que local o(a) Sr.(a) foi atendido(a) pelo profissional da Equipe de Saúde da Família <b>nos últimos 30 dias</b>?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ( ) Na casa do entrevistado durante as visitas domiciliares</li> <li>2. ( ) Na unidade de saúde</li> <li>3. ( ) Outro.</li> </ol>	<p><b>E5.</b> O(a) Sr.(a) ou alguém da sua família já participou de alguma reunião organizada pela Equipe de Saúde da Família para discutir os problemas de seu bairro?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ( ) Sim</li> <li>2. ( ) Não</li> <li>3. ( ) Não sabe</li> </ol> <p><b>E6.</b> Este Posto/Unidade de Saúde da Família oferece serviços de saúde nas escolas?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ( ) Sim</li> <li>2. ( ) Não</li> <li>3. ( ) Não sabe</li> </ol> <p><b>E7.</b> O(a) Sr.(a) ou alguém de sua residência foi atendido alguma vez no Posto/Unidade Saúde da Família ou recebeu visita de algum profissional da Equipe de Saúde da Família incluindo o Agente Comunitário de Saúde?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ( ) Sim.</li> <li>2. ( ) Não (VÁ PARA H1)</li> </ol> <p><i>No caso do entrevistado que nunca foi atendido na USF nem recebeu visita de qualquer profissional da ESF perguntar de H1 até Q7.</i></p> <p><b>E8.</b> Por qual profissional da Equipe de Saúde da Família o(a) Sr.(a) foi atendido ou recebeu visita? (<i>Admite mais de uma resposta</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. ( ) Médico</li> <li>b. ( ) Enfermeiro</li> <li>c. ( ) ACS</li> <li>d. ( ) Auxiliar de enfermagem</li> <li>e. ( ) Dentista</li> <li>f. ( ) Outro.</li> </ol> <p><b>E9. Nos últimos 30 dias</b> o(a) Sr.(a) ou alguém de sua residência recebeu <b>visita</b> do médico ou do enfermeiro da Equipe de Saúde da Família em seu domicílio?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ( ) Sim.</li> <li>2. ( ) Não (VÁ PARA E11)</li> </ol> <p><b>E10.</b> Qual profissional da Equipe de Saúde da Família fez a visita em sua residência? (<i>Admite mais de uma resposta</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. ( ) Médico</li> <li>b. ( ) Enfermeiro</li> </ol> <p><b>Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o seu atendimento no PSF.</b></p> <p><b>E11. O(a) Sr.(a) foi atendido nos últimos 30 dias</b> por algum profissional da Equipe de Saúde da Família?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ( ) Sim.</li> <li>2. ( ) Não (VÁ PARA E19)</li> </ol> <p><b>E12.</b> Por qual profissional da Equipe de Saúde da Família? (<i>Admite mais de uma resposta</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. ( ) Médico</li> <li>b. ( ) Enfermeiro</li> <li>c. ( ) ACS</li> <li>d. ( ) Auxiliar de enfermagem</li> <li>e. ( ) Dentista</li> <li>f. ( ) Outro.</li> </ol>
--	--

<p><b>E14.</b> Por que motivo o(a) Sr.(a) foi <b>atendido nos últimos 30 dias</b> pelo(a) profissional da Equipe de Saúde da Família? (<i>Admite mais de uma resposta</i>)</p> <p>a. <input type="checkbox"/> Para realizar preventivo ginecológico</p> <p>b. <input type="checkbox"/> Para participar de grupos de educação em saúde</p> <p>c. <input type="checkbox"/> Para atendimento odontológico</p> <p>d. <input type="checkbox"/> Para pré-natal</p> <p>e. <input type="checkbox"/> Para vacinação</p> <p>f. <input type="checkbox"/> Para dar continuidade ao tratamento de doença crônica (Hipertensão /Diabetes)</p> <p>g. <input type="checkbox"/> Por motivo de doença ou porque sentiu-se mal</p> <p>h. <input type="checkbox"/> Porque era visita domiciliar de rotina da equipe</p> <p>i. <input type="checkbox"/> Outro.</p> <p><b>E15.</b> O(a) Sr.(a) conhecia o(a) profissional de saúde que o atendeu <b>no último atendimento nos últimos 30 dias</b>?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não</p> <p><b>E16.</b> Em sua opinião, o(a) profissional foi atencioso(a)?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não</p> <p><b>E17.</b> O(a) profissional forneceu informações sobre o seu estado de saúde?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não</p> <p><b>E18.</b> O(a) profissional demonstrou ter conhecimento para resolver o seu problema de saúde?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não</p> <p><b>ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTAS</b></p> <p><b>E19.</b> Quando o(a) Sr.(a) ou alguém de sua residência é atendido pela Equipe de Saúde da Família geralmente vocês</p> <p>1. <input type="checkbox"/> conseguem resolver o problema de saúde neste atendimento.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> ou precisam procurar um especialista?</p> <p><b>E20.</b> Quando o(a) Sr.(a) ou alguém de sua residência é encaminhado(a) ao especialista os profissionais do Posto/Unidade de Saúde da Família fornecem informações por escrito sobre o seu problema para entregar ao serviço ou especialista?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não</p> <p><b>E21.</b> Quando o(a) Sr.(a) ou alguém de sua residência é encaminhado ao especialista vocês retornam ao Posto/Unidade de Saúde da Família da sua comunidade com informações por escrito sobre o resultado da consulta com o especialista?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não</p>	<p><b>E22.</b> Em caso de atendimento <b>nos últimos 30 dias</b> feito pelo médico da Equipe de Saúde da Família, o(a) Sr.(a) ou alguém de sua família precisou ser encaminhado para outro serviço de saúde ou para outro profissional?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não (VÁ PARA E24)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Ninguém da família foi atendido pelo médico nos últimos 30 dias (VÁ PARA E24)</p> <p><b>E23.</b> Neste atendimento <b>nos últimos 30 dias</b>, por que houve necessidade de ser encaminhada (o) para outro serviço de saúde ou outro profissional? (<i>Admite mais de uma resposta</i>)</p> <p>a. <input type="checkbox"/> Para consulta médica com especialista</p> <p>b. <input type="checkbox"/> Para fazer exames</p> <p>c. <input type="checkbox"/> Para internação ou cirurgia</p> <p>d. <input type="checkbox"/> Por outro motivo.</p> <p>e. <input type="checkbox"/> Para atendimento de urgência</p> <p><b>Agora vou perguntar sobre a sua experiência em geral de atendimento por especialista</b></p> <p><b>E24.</b> Nos <b>últimos 12 meses</b> o(a) Sr.(a) foi alguma vez a um especialista ou a uma clínica especializada para fazer uma consulta?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não (VÁ PARA E30)</p> <p><b>E25.</b> Para essa consulta com um especialista o(a) Sr.(a) foi encaminhado pelo Posto/Unidade de Saúde da Família?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não</p> <p><b>E26.</b> Para que tipo de serviço de saúde o(a) Sr.(a) foi encaminhado ou consultou com <b>especialista nos últimos 12 meses</b>?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Posto ou Centro de Saúde do SUS</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Unidade de Atendimento Integrado (UAI)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Ambulatório de hospital público</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Ambulatório ou consultório de clínica ou hospital privado</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Pronto-socorro ou emergência públicos</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Pronto-socorro ou emergência privados</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Consultório particular</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Outro.</p> <p>-</p> <p><b>E27.</b> Para essa consulta com especialista nos últimos 12 meses, como o(a) Sr.(a) foi encaminhado(a)?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> A consulta com especialista foi agendada pelo Posto/Unidade de Saúde da Família</p> <p>2. <input type="checkbox"/> O(a) Sr.(a) agendou a consulta na central de marcação</p> <p>3. <input type="checkbox"/> O(a) Sr.(a) recebeu uma ficha de encaminhamento e agendou a consulta no serviço indicado pelo Posto/Unidade de Saúde da Família</p> <p>4. <input type="checkbox"/> O(a) Sr.(a) recebeu uma ficha de encaminhamento e procurou por conta própria um serviço de saúde</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Foi dito que o(a) Sr.(a) necessitava consultar especialista, mas não recebeu ficha de encaminhamento</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Outro.</p>
---	--

**E28.** Nesse encaminhamento, o(a) Sr.(a) conseguiu ser atendido pelo especialista?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não (VÁ PARA E30)
3. ( ) Não procurou (VÁ PARA E30)

**E29.** Quanto tempo demorou em ser atendido pelo especialista desde o encaminhamento feito pelo médico da Equipe de Saúde da Família?

Nº Dias \_\_\_\_\_

#### USO DE MEDICAMENTOS

**E30.** Quando o(a) Sr.(a) ou alguém de sua residência é atendido pela Equipe de Saúde da Família geralmente vocês

1. ( ) recebem todos os medicamentos,
2. ( ) recebem apenas alguns medicamentos,
3. ( ) ou não recebem medicamento algum?
4. ( ) Nunca necessitou pedir medicamento

#### F. EXAMES

**F1.** Quando o(a) Sr.(a) ou alguém de sua residência é atendido pela Equipe de Saúde da Família geralmente vocês

1. ( ) conseguem realizar todos os exames,
2. ( ) realizam somente alguns exames,
3. ( ) ou não conseguem realizar exame algum?
4. ( ) Nunca necessitou fazer exame (VÁ PARA G1)

**F2.** Quando o(a) Sr.(a) ou alguém de sua residência são atendidos pela Equipe de Saúde da Família e são solicitados exames de análises clínicas (sangue, urina, fezes) **geralmente** a coleta do material é feita:

1. ( ) No próprio Posto/Unidade de Saúde da Família (USF)
2. ( ) Em local próximo da USF
3. ( ) Em local distante da USF
4. ( ) No próprio domicílio

**F3.** Quando o(a) Sr.(a) ou alguém de sua residência realizam exames vocês ficam sabendo dos resultados dos exames?

1. ( ) Sempre
2. ( ) Na maioria das vezes
3. ( ) Poucas vezes
4. ( ) Nunca (VÁ PARA F5)

**F4.** Quando o(a) Sr.(a) ou alguém de sua residência realizam exames vocês têm uma consulta de retorno com o médico após pegar o resultado dos exames?

1. ( ) Sempre
2. ( ) Na maioria das vezes
3. ( ) Poucas vezes
4. ( ) Nunca

**F5. Nos últimos doze meses (na última vez)** em que o(a) Sr.(a) necessitou fazer exame, como foi feita a marcação (agendamento) dos exames?

1. ( ) O exame foi feito no próprio Posto/Unidade de Saúde da Família
2. ( ) O exame foi agendado pela Posto/Unidade de Saúde da Família em outro serviço de saúde
3. ( ) Você ou seu familiar recebeu uma ficha de encaminhamento e agendou o exame no serviço indicado pelo Posto/Unidade de Saúde da Família
4. ( ) Você ou seu familiar recebeu uma ficha de pedido de exame e procurou por conta própria um serviço de saúde
5. ( ) Você não recebeu ficha de pedido de exame
6. ( ) Outro.
7. ( ) Não sabe informar

**F6. Nos últimos 12 meses** o(a) Sr.(a) precisou fazer algum exame solicitado pelo médico do PSF?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não (VÁ PARA G1)

**F7.** O(a) Sr.(a) conseguiu realizar os exames solicitados **nos últimos 12 meses** pelo médico do PSF?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não (VÁ PARA G1)

**F8.** Quanto tempo demorou em o(a) Sr.(a) conseguir fazer os exames desde o pedido do médico do PSF?

Dias \_\_\_\_\_

**F9.** Quanto tempo demorou em o(a) Sr.(a) conseguir receber o resultado dos exames solicitados pelo médico do PSF?

Dias \_\_\_\_\_ ( ) Ainda não recebeu o resultado do exame.

#### G. AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

**G1.** O(a) Sr.(a) conhece o Agente Comunitário de Saúde que atua na sua rua (área)?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não (VÁ PARA G12)

**G2.** O(a) Sr.(a) alguma vez foi atendido(a) ou recebeu uma visita do Agente Comunitário de Saúde responsável pela sua área de moradia?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não (VÁ PARA G12)

**G3.** Com que frequência o seu domicílio recebe uma visita do Agente Comunitário de Saúde?

1. ( ) O domicílio foi cadastrado há menos de 2 meses
2. ( ) Mais de uma vez por mês
3. ( ) Mensalmente
4. ( ) A cada dois meses
5. ( ) Não recebe visitas regularmente
6. ( ) Uma vez por ano
7. ( ) Nunca recebeu
8. ( ) Não sabe informar
9. ( ) Outro.

<b>G4.</b> Em sua opinião, o Agente Comunitário de Saúde responsável pela área onde o(a) Sr.(a) mora  <b>a)</b> conhece os problemas de saúde da sua família? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sabe  <b>b)</b> conhece os problemas de saúde da comunidade? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sabe		<b>c)</b> estabelece um bom relacionamento com as pessoas que são acompanhadas por ele? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sabe  <b>d)</b> orienta a respeito de cuidados de saúde? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sabe	
<b>G5.</b> O(a) Sr.(a) consegue entender às orientações dadas pelo Agente Comunitário de Saúde? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Nunca recebeu orientações do Agente Comunitário de Saúde			
<b>G6.</b> Nos <b>últimos 12 meses</b> que tipo de cuidados o(a) Sr.(a) e os moradores desta casa receberam do Agente Comunitário de Saúde durante as visitas domiciliares?			
a. Perguntas sobre problemas de saúde dos moradores	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	
b. Orientações para os adultos sobre comportamentos saudáveis (como não fumar, controlar o peso, comer frutas e vegetais, não beber excessivamente)	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	
c. Orientações sobre prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	
d. Orientações sobre prevenção da Dengue	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	
e. Orientação sobre saúde da mulher (como planejamento familiar, prevenção de câncer de colo de útero e de mama, menopausa)	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	
f. Orientações sobre cuidados de saúde infantil (como soro caseiro em caso de desidratação infantil, aleitamento materno, suplementação alimentar, etc.)	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) NSA*91
g. Acompanhamento do crescimento das crianças do domicílio (medidas de peso e altura)	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) NSA* 91
h. Verificação do cartão de vacinação das crianças	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) NSA*91
i. Acompanhamento dos portadores de doenças como hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) NSA*92
j. Encaminhamento de gestantes ao pré-natal	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) NSA*93
l. Encaminhamento para serviços de saúde	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) NSA*94
m. Lembrar data das consultas marcadas	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) NSA*94
n. Busca dos faltosos às consultas agendadas	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) NSA*94
o. Orientação de familiares para cuidar de idosos	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) NSA*95
<b>Instruções para preenchimento das colunas</b> <b>*código de NSA</b>			
91. Não há crianças no domicílio	92. Nenhum morador é portador de hipertensão, diabetes, tuberculose ou hanseníase	93. Não há ou havia gestantes no domicílio	
94. Nenhum morador precisou de assistência de saúde	95. Não há idosos no domicílio		

**Agora, gostaria que o(a) Sr.(a) avaliasse as visitas domiciliares do ACS como um todo.**

**G7.** De um modo geral, que nota de 0 a 10 o(a) Sr.(a) dá para as visitas feitas pelo Agente Comunitário de Saúde à sua residência? (Não sabe = 88)

Nota: \_\_\_\_\_

**G8.** O(a) Sr.(a) ou alguém da sua família foi convidado nos **últimos 12 meses** pelo Agente Comunitário de Saúde a participar de reuniões ou atividades relativas a problemas de seu bairro/comunidade?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não (VÁ PARA G10)
3. ( ) Não sabe (VÁ PARA G10)

**G9.** Essas reuniões ou atividades eram relativas a que tipo de problemas? (**Admite mais de uma resposta**)

- a. ( ) Escola/educação/creche
- b. ( ) Moradia
- c. ( ) Urbanismo (ruas, praças, iluminação pública, etc)
- d. ( ) Água
- e. ( ) Esgoto
- f. ( ) Coleta de Lixo
- g. ( ) Segurança Pública
- h. ( ) Transporte
- i. ( ) Geração de renda/trabalho
- j. ( ) Outros.

**G10.** O(a) Sr.(a) ou alguém da sua família foi convidado nos **últimos 12 meses** pelo Agente Comunitário de Saúde a participar de atividades em grupo?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não (VÁ PARA G12)
3. ( ) Não sabe (VÁ PARA G12)

**G11.** Para que tipo de atividades em grupo o Agente Comunitário de Saúde convidou o(a) Sr.(a) ou alguém de sua família? (**Admite mais de uma resposta**)

- a. ( ) Gestantes
- b. ( ) Diabéticos
- c. ( ) Hipertensos
- d. ( ) Aleitamento materno
- e. ( ) Caminhadas, exercícios físicos
- f. ( ) Adolescentes
- g. ( ) Terceira Idade
- h. ( ) Dança de salão
- i. ( ) Artesanato
- j. ( ) Outros.

#### **SATISFAÇÃO COM A UNIDADE E A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**G12.** O(a) Sr.(a) recebeu atendimento na Posto/Unidade de Saúde da Família **nos últimos 12 meses**?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não (VÁ PARA H1)

**G13. Agora eu gostaria de saber a sua opinião sobre o seu último atendimento no Posto/Unidade de Saúde da Família?**

a. A competência e a habilidade do profissional de saúde	1. ( ) muito bom	2. ( ) bom	3. ( ) ruim	4. ( ) muito ruim	5. ( ) NSA	6. ( ) não sabe
b. A disponibilidade de equipamentos médicos	1. ( ) muito bom	2. ( ) bom	3. ( ) ruim	4. ( ) muito ruim	5. ( ) NSA	6. ( ) não sabe
c. O tempo de espera até ser atendido	1. ( ) muito bom	2. ( ) bom	3. ( ) ruim	4. ( ) muito ruim	5. ( ) NSA	6. ( ) não sabe
d. O respeito na maneira de recebê-lo(a) e tratá-lo(a)	1. ( ) muito bom	2. ( ) bom	3. ( ) ruim	4. ( ) muito ruim	5. ( ) NSA	6. ( ) não sabe
e. A maneira como a sua intimidade foi respeitada durante o exame físico	1. ( ) muito bom	2. ( ) bom	3. ( ) ruim	4. ( ) muito ruim	5. ( ) NSA	6. ( ) não sabe
f. A clareza nas explicações do profissional de saúde	1. ( ) muito bom	2. ( ) bom	3. ( ) ruim	4. ( ) muito ruim	5. ( ) NSA	6. ( ) não sabe
g. A disponibilidade de tempo para fazer perguntas sobre o seu problema ou tratamento	1. ( ) muito bom	2. ( ) bom	3. ( ) ruim	4. ( ) muito ruim	5. ( ) NSA	6. ( ) não sabe
h. A possibilidade de falar em privacidade com o profissional de saúde	1. ( ) muito bom	2. ( ) bom	3. ( ) ruim	4. ( ) muito ruim	5. ( ) NSA	6. ( ) não sabe
i. A limpeza das instalações, incluindo os banheiros	1. ( ) muito bom	2. ( ) bom	3. ( ) ruim	4. ( ) muito ruim	5. ( ) NSA	6. ( ) não sabe
j. O espaço disponível das salas de espera e de atendimento	1. ( ) muito bom	2. ( ) bom	3. ( ) ruim	4. ( ) muito ruim	5. ( ) NSA	6. ( ) não sabe
l. A pontualidade dos profissionais	1. ( ) muito bom	2. ( ) bom	3. ( ) ruim	4. ( ) muito ruim	5. ( ) NSA	6. ( ) não sabe
m. A cortesia e o carinho do pessoal médico	1. ( ) muito bom	2. ( ) bom	3. ( ) ruim	4. ( ) muito ruim	5. ( ) NSA	6. ( ) não sabe
n. A cortesia e o carinho do pessoal de enfermagem	1. ( ) muito bom	2. ( ) bom	3. ( ) ruim	4. ( ) muito ruim	5. ( ) NSA	6. ( ) não sabe
o. A cortesia e o carinho do pessoal administrativo	1. ( ) muito bom	2. ( ) bom	3. ( ) ruim	4. ( ) muito ruim	5. ( ) NSA	6. ( ) não sabe
p. A preocupação do pessoal do Posto/Unidade de Saúde da Família com a sua saúde	1. ( ) muito bom	2. ( ) bom	3. ( ) ruim	4. ( ) muito ruim	5. ( ) NSA	6. ( ) não sabe

**G14. Agora eu vou falar alguns serviços ou atividades que são realizadas nas Unidades de Saúde da Família e gostaria que o(a) Sr.(a) fizesse uma avaliação da qualidade das atividades ou serviços que o (a) Sr. (a) já utilizou.**

Serviços ou atividades						
a. Recepção	1. ( ) muito bom	2. ( ) bom	3. ( ) ruim	4. ( ) muito ruim	5. ( ) Não utilizou	6. ( ) não sabe
b. Triagem/acolhimento	1. ( ) muito bom	2. ( ) bom	3. ( ) ruim	4. ( ) muito ruim	5. ( ) Não utilizou	6. ( ) não sabe
c. Conseguir marcar consulta médica	1. ( ) muito bom	2. ( ) bom	3. ( ) ruim	4. ( ) muito ruim	5. ( ) Não utilizou	6. ( ) não sabe
d. Atendimento médico	1. ( ) muito bom	2. ( ) bom	3. ( ) ruim	4. ( ) muito ruim	5. ( ) Não utilizou	6. ( ) não sabe
e. Conseguir marcar consulta com o dentista	1. ( ) muito bom	2. ( ) bom	3. ( ) ruim	4. ( ) muito ruim	5. ( ) Não utilizou	6. ( ) não sabe
f. Atendimento odontológico	1. ( ) muito bom	2. ( ) bom	3. ( ) ruim	4. ( ) muito ruim	5. ( ) Não utilizou	6. ( ) não sabe
g. Atendimento de enfermagem	1. ( ) muito bom	2. ( ) bom	3. ( ) ruim	4. ( ) muito ruim	5. ( ) Não utilizou	6. ( ) não sabe
h. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças	1. ( ) muito bom	2. ( ) bom	3. ( ) ruim	4. ( ) muito ruim	5. ( ) Não utilizou	6. ( ) não sabe
i. Curativos	1. ( ) muito bom	2. ( ) bom	3. ( ) ruim	4. ( ) muito ruim	5. ( ) Não utilizou	6. ( ) não sabe
j. Encaminhamento para outros serviços	1. ( ) muito bom	2. ( ) bom	3. ( ) ruim	4. ( ) muito ruim	5. ( ) Não utilizou	6. ( ) não sabe
l. Conseguir consulta sem estar marcado	1. ( ) muito bom	2. ( ) bom	3. ( ) ruim	4. ( ) muito ruim	5. ( ) Não utilizou	6. ( ) não sabe
m. Laboratório	1. ( ) muito bom	2. ( ) bom	3. ( ) ruim	4. ( ) muito ruim	5. ( ) Não utilizou	6. ( ) não sabe



n. Planejamento familiar	1. ( ) muito bom	2. ( ) bom	3. ( ) ruim	4. ( ) muito ruim	5. ( ) Não utilizou	6. ( ) não sabe
o. Acompanhamento pré-natal	1. ( ) muito bom	2. ( ) bom	3. ( ) ruim	4. ( ) muito ruim	5. ( ) Não utilizou	6. ( ) não sabe
p. Exame preventivo para mulheres	1. ( ) muito bom	2. ( ) bom	3. ( ) ruim	4. ( ) muito ruim	5. ( ) Não utilizou	6. ( ) não sabe
q. Vacinação	1. ( ) muito bom	2. ( ) bom	3. ( ) ruim	4. ( ) muito ruim	5. ( ) Não utilizou	6. ( ) não sabe

## H. PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS: PRESENÇA E ACOMPANHAMENTO

Das pessoas que moram na sua casa

**H1.** alguém tem diabetes?

1. ( ) Sim. Quantas pessoas? |\_\_|\_\_|  
2. ( ) Não

**H2.** alguém tem doença mental?

1. ( ) Sim. Quantas pessoas? |\_\_|\_\_|  
2. ( ) Não

**H3.** alguém tem hanseníase?

1. ( ) Sim. Quantas pessoas? |\_\_|\_\_|  
2. ( ) Não

**H4.** alguém tem hipertensão ou pressão alta?

1. ( ) Sim. Quantas pessoas? |\_\_|\_\_|  
2. ( ) Não

**H5.** alguém tem tuberculose?

1. ( ) Sim. Quantas pessoas? |\_\_|\_\_|  
2. ( ) Não

**H6.** alguém tem desnutrição?

1. ( ) Sim. Quantas pessoas? |\_\_|\_\_|  
2. ( ) Não

**H7.** alguém é portador de deficiência física?

1. ( ) Sim. Quantas pessoas? |\_\_|\_\_|  
2. ( ) Não

**H8.** alguém apresenta problema de alcoolismo?

1. ( ) Sim. Quantas pessoas? |\_\_|\_\_|  
2. ( ) Não

**H9.** alguém é obeso?

1. ( ) Sim. Quantas pessoas? |\_\_|\_\_|  
2. ( ) Não

**H10.** alguém tem algum outro problema crônico de saúde?

1. ( ) Sim. Quantas pessoas? |\_\_|\_\_|

Que tipo de problemas? \_\_\_\_\_

2. ( ) Não

### Pergunta para o entrevistador

Há registro de pelo menos uma doença crônica em H?

1. ( ) Sim (PROSSIGA)

2. ( ) Não (PULE PARA O BLOCO L - ACAMADOS NA PÁGINA 15)

## I. HIPERTENSO (PRESSÃO ALTA)

**I1.** As pessoas dessa residência que têm pressão alta (hipertensão) fazem tratamento ou acompanhamento de saúde?

1. ( ) Sim, todas (PREENCHA O QUADRO)  
2. ( ) Sim, algumas (PREENCHA O QUADRO)  
3. ( ) Não (VÁ PARA J1)  
4. ( ) Não há hipertensos (VÁ PARA J1)

Qual o nome das pessoas que fazem tratamento ou acompanhamento para hipertensão? (Preencher com o código P)	A	B	C	D
	Em que local o (a) _____ faz tratamento ou acompanhamento para hipertensão?	O tratamento ou acompanhamento do (a) _____ é feito na <b>maioria das vezes</b> com agendamento de consulta marcada previamente?	Com que frequência é feito o tratamento ou acompanhamento para hipertensão do (a) _____?	<b>Somente se fizer tratamento e acompanhamento na USF</b> Qual o profissional da Equipe de Saúde da Família que atende <b>com maior frequência</b> o(a) _____ que tem hipertensão?

### Instruções para preenchimento das colunas

#### Serviços de Saúde

<b>A</b>	1. Agente Comunitário de Saúde	2. Posto/Unidade de Saúde da Família	3. Unidade de Atendimento Integrado - UAI	4. Ambulatório de hospital público
	5. Consultório de clínica ou ambulatório de hospital privado	6. Pronto-socorro ou emergência públicos	7. Pronto-socorro ou emergência privados	8. Consultório particular
	9. Outro			

#### Se o tratamento ou acompanhamento é feito na maioria das vezes com agendamento de consulta

<b>B</b>	1. Sim	2. Não	3. Não sabe
----------	--------	--------	-------------

#### Frequência do tratamento



C	1. Todas as semanas	2. De 15 em 15 dias	3. 1 vez no mês	4. A cada 2 meses	5. A cada 3 meses
	6. A cada 6 meses	7. Uma vez por ano	8. Um tempo maior que um ano	9. Nunca	10. Outro. Especificar _____
<b>Profissionais de saúde</b>					
D	1. Médico		2. Enfermeiro		3. Auxiliar de enfermagem
	4. Agente Comunitário de Saúde		5. Dentista		6. Outro. Especificar _____
<p><b>Somente se o informante for portador de hipertensão arterial e receber acompanhamento pela Equipe de Saúde da Família</b></p> <p>Agora farei algumas perguntas sobre o atendimento prestado pelos profissionais da Equipe Saúde da Família a(o) Sr.(a) que tem pressão alta:</p>					
<b>I2.</b> Com que frequência o(a) Sr.(a) recebe orientações individuais dadas por profissionais da Equipe de Saúde da Família?	<b>I3.</b> Com que frequência o(a) Sr.(a) participa de grupos de hipertensos coordenado pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família?	<b>I4.</b> Com que frequência o(a) Sr.(a) recebe remédios fornecidos pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família?	<b>I5.</b> Com que frequência o(a) Sr.(a) passa por consultas com o(a) médico(a) da Equipe de Saúde da Família?	<b>I6.</b> Com que frequência o(a) Sr.(a) passa por consultas com a(o) enfermeira(o) da Equipe de Saúde da Família?	<b>I7.</b> Com que frequência o(a) Sr.(a) participa de atividades promovidas pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família, tais como caminhadas, terapias ocupacionais e etc?
<p><b>Instruções para preenchimento das colunas</b></p> <p><b>Frequência do Tratamento – Válido para as perguntas de I2 a I7</b></p>					
1. Todas as semanas	2. De 15 em 15 dias	3. Uma vez no mês	4. A cada 2 meses	5. A cada 3 meses	
6. A cada 6 meses	7. Uma vez por ano	8. Um tempo maior que um ano	9. Nunca	10. Outro. Especificar _____	

## J. DIABÉTICOS

**J1.** As pessoas dessa residência que têm diabetes fazem tratamentos ou acompanhamento de saúde?

1. ( ) Sim, todas (PREENCHA O QUADRO)
2. ( ) Sim, algumas (PREENCHA O QUADRO)
3. ( ) Não (VÁ PARA L1)
4. ( ) Não há diabéticos (VÁ PARA L1)

Qual o nome das pessoas que fazem tratamento ou acompanhamento para diabetes? (Preencher com o código P)	A	B	C	D
	Em que local o (a) _____ faz tratamento para diabetes?	O tratamento ou acompanhamento do (a) _____ é feito na <b>maioria das vezes</b> com agendamento de consulta?	Com que frequência é feito o tratamento ou acompanhamento para diabetes do(a) _____?	<b>Somente se fizer tratamento e acompanhamento na USF</b> Qual o profissional da Equipe de Saúde da Família que atende com <b>maior frequência</b> o(a) _____ que tem diabetes?

### Instruções para preenchimento das colunas Serviços de Saúde

A	1. Agente Comunitário de Saúde	2. Posto/Unidade de Saúde da Família do SUS	3. Unidade de Atendimento Integrado - UAI	4. Ambulatório de hospital público
	5. Consultório de clínica ou ambulatório de hospital	6. Pronto-socorro ou emergência públicos	7. Pronto-socorro ou emergência	8. Consultório particular

### Se o tratamento ou acompanhamento é feito na maioria das vezes com agendamento

B	1. Sim	2. Não	3. Não sabe
---	--------	--------	-------------

### Frequência do tratamento

C	1. Todas as semanas	2. De 15 em 15 dias	3. Uma vez no mês	4. A cada 2 meses	5. A cada 3 meses
	6. A cada 6 meses	7. Uma vez por ano	8. Um tempo maior que um ano	9. Nunca	10. Outro. Especificar _____

### Profissionais de saúde

D	1. Médico	2. Enfermeiro	3. Auxiliar de enfermagem
	4. Agente Comunitário de Saúde	5. Dentista	6. Outro. _____

### Somente se o informante for portador de diabetes e receber acompanhamento pela Equipe de Saúde da Família

Agora eu farei algumas perguntas sobre o atendimento prestado pelos profissionais da Equipe Saúde da Família a(o) Sr(a) que tem diabetes:

J2. Com que frequência o(a) Sr.(a) recebe orientações individuais dadas por profissionais da Equipe de Saúde da Família?	J3. Com que frequência o(a) Sr.(a) participa de grupos de diabéticos coordenados por profissionais da Equipe de Saúde da Família?	J4. Com que frequência o(a) Sr.(a) recebe remédios fornecidos pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família?	J5. Com que frequência o(a) Sr.(a) passa por consultas com o(a) médico(a) da Equipe de Saúde da Família?	J6. Com que frequência o(a) Sr.(a) passa por consultas com a(o) enfermeira(o) da Equipe de Saúde da Família?	J7. Com que frequência o(a) Sr.(a) participa de atividades promovidas pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família, tais como caminhadas, terapias ocupacionais, artesanato e etc.?	J8. Especificar tipos de atividades de J7

### Instruções para preenchimento das colunas

#### Frequência do Tratamento – Válido para as perguntas de J2 a J7

1. Todas as semanas	2. De 15 em 15 dias	3. Uma vez no mês	4. A cada 2 meses	5. A cada 3 meses
6. A cada 6 meses	7. Uma vez por ano	8. Um tempo maior que um ano	9. Nunca	10. Outro. Especificar _____

## L. ACAMADOS

**L1.** Na sua residência tem alguma pessoa idosa ou doente permanentemente acamada?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não (VÁ PARA M1)

**L2.** A pessoa permanentemente acamada recebe atendimento domiciliar?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não (VÁ PARA M1)

**L3.** Qual profissional realiza o atendimento domiciliar? (*Admite mais de uma resposta*)

- a. ( ) Médico da Saúde Família
- b. ( ) Enfermeiro da Saúde da Família
- c. ( ) Auxiliar de enfermagem da Saúde da Família
- d. ( ) Agente comunitário de saúde
- e. ( ) Fisioterapeuta
- f. ( ) Outro.

**L4.** Com que frequência recebe atendimento domiciliar?

1. ( ) Todas as semanas
2. ( ) De 15 em 15 dias
3. ( ) Uma vez no mês
4. ( ) A cada 2 meses
5. ( ) A cada 3 meses
6. ( ) A cada 6 meses
7. ( ) Uma vez por ano
8. ( ) Um tempo maior que um ano
9. ( ) Nunca

10. ( ) Outro. Especificar: \_\_\_\_\_

## M. GRÁVIDAS OU MÃES DE CRIANÇA MENOR DE 2 ANOS

**M1.** Das pessoas que moram nessa residência alguma está grávida ou tem filho de até 1 ano e 11 meses e 29 dias (menor de 2 anos)? *Se possível pedir para ver o cartão de pré-natal e preencher com base nos dados do cartão*

1. ( ) Sim (PREENCHA O QUADRO DA PRÓXIMA PÁGINA)
2. ( ) Não (VÁ PARA O1)
3. ( ) Não há grávidas ou mães de filhos menores de 2 anos (VÁ PARA O1)

Quais os nomes das mulheres que estão grávidas ou têm criança menor de 2 anos? (Preencher com o código P)	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>M4.</b> Em que mês de gravidez a _____ realizou a sua primeira consulta de pré-natal?	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>
	<b>M2.</b> A _____ está recebendo ou recebeu acompanhamento pré-natal nessa gravidez?	<b>M3.</b> A _____ recebeu o cartão de pré-natal?		<b>M5.</b> Em que local a. _____ faz ou fez acompanhamento pré-natal?	<b>M6.</b> O acompanhamento pré-natal é ou foi feito na maioria das vezes com agendamento de consulta?	<b>M7.</b> Com que frequência é ou foi feito o acompanhamento pré-natal da _____?	<b>M8.</b> <i>Somente se fizer ou tiver feito acompanhamento na Posto/Unidade de Saúde da Família</i> Qual o profissional da Equipe de Saúde da Família que faz ou fez <b>com maior frequência</b> o acompanhamento pré-natal da _____ durante a gravidez?

**Instruções para preenchimento das colunas**  
*Se está recebendo ou recebeu acompanhamento pré-natal nessa gravidez*

<b>A</b>	1. Sim	2. Não (Passe para a pessoa seguinte)	3. Não sabe
----------	--------	---------------------------------------	-------------

*Se recebeu o cartão de pré-natal*

<b>B</b>	1. Sim	2. Não	3. Não sabe
----------	--------	--------	-------------

**Serviços de Saúde**

<b>C</b>	1. Agente Comunitário de Saúde	2. Posto/Unidade de Saúde da Família do SUS	3. Posto ou Centro de Saúde SUS	4. Unidade de Atendimento Integrado
	5. Ambulatório de hospital	6. Consultório de clínica ou ambulatório de hospital privado	7. Pronto-socorro ou emergência públicos	8. Pronto-socorro ou emergência privados

*Se o acompanhamento pré-natal é ou foi feito na maioria das vezes com agendamento de consulta*

<b>D</b>	1. Sim	2. Não	3. Não sabe
----------	--------	--------	-------------

**Frequência do tratamento**

<b>E</b>	1. Todas as semanas	2. De 15 em 15 dias	3. Uma vez no mês	4. A cada 2 meses	5. A cada 3 meses
	6. A cada 6 meses	7. Uma vez por ano	8. Um tempo maior que um ano	9. Nunca	10. Outro. Especificar

**Profissionais de saúde**

<b>F</b>	1. Médico	2. Enfermeiro	3. Auxiliar de enfermagem	4. Agente Comunitário de Saúde	5. Dentista	6. Outro. Especificar
----------	-----------	---------------	---------------------------	--------------------------------	-------------	-----------------------

**Somente se a informante estiver grávida ou tiver criança menor de 2 anos e fizer ou tiver feito o acompanhamento pré-natal pela Equipe de Saúde da Família**

Agora eu farei algumas perguntas sobre o atendimento prestado pelos profissionais da Equipe Saúde da Família durante a sua gravidez.

<b>M9.</b> Com que frequência a Sra recebe ou recebeu orientações individuais dadas por profissionais da Equipe de Saúde da Família?	<b>M10.</b> Com que frequência a Sra. participa ou participou de grupos de gestantes orientados por profissionais da Equipe de Saúde da Família?	<b>M11.</b> Com que frequência a Sra. recebe ou recebeu remédios fornecidos pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família?	<b>M12.</b> Com que frequência a Sra. passa ou passou por consultas com o(a) médico(a) da Equipe de Saúde da Família?	<b>M13.</b> Com que frequência a Sra. passa ou passou por consultas com a(o) enfermeira(o) da Equipe de Saúde da Família?	<b>M14.</b> Com que frequência a Sra. participa ou participou de atividades promovidas pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família, tais como caminhadas, terapias ocupacionais e etc?	<b>M15.</b> Especificar tipo de atividades de M14.

**Instruções para preenchimento das colunas**

**Frequência do tratamento – Válido para as perguntas de M9 a M14**

1. Todas as semanas	2. De 15 em 15 dias	3. Uma vez no mês	4. A cada 2 meses	5. A cada 3 meses
6. A cada 6 meses	7. Uma vez por ano	8. Um tempo maior que um ano	9. Nunca	10. Outro. Especificar

**N. CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

**Preencher somente se há crianças com até um ano e onze meses e vinte nove dias (menor de 2 anos), se não pule para O1.**

**N1.** Agora eu farei algumas perguntas sobre as crianças com até um ano e onze meses e vinte nove dias que moram nessa casa. Essas crianças recebem acompanhamento do crescimento e desenvolvimento?

1. ( ) Sim, todas (PREENCHA O QUADRO)

2. ( ) Sim, algumas (PREENCHA O QUADRO)

3. ( ) Não (VÁ PARA O1)

4. ( ) Não há crianças menores de dois anos (VÁ PARA O1)

<b>N2.</b> Qual o nome das crianças que recebem acompanhamento do crescimento e desenvolvimento? (Preencher com o código P)	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
	<b>N3.</b> Em que local o(a) _____ recebe acompanhamento do crescimento e desenvolvimento?	<b>N4.</b> O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do(a) _____ é feito <b>na maioria das vezes</b> com agendamento de consulta?	<b>N5.</b> Com que frequência é feito o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do(a) _____?	<b>N6. Somente se fizer acompanhamento na Posto/Unidade de Saúde da Família</b> Qual o profissional da Equipe de Saúde da Família que atende com maior frequência o(a) ____ que tem menos de 2 anos?

**Instruções para preenchimento das colunas**

**Serviços de Saúde**

<b>A</b>	1. Agente Comunitário de Saúde	2. Posto/Unidade de Saúde da Família do SUS	3. Posto ou Centro de Saúde SUS	4. Policlínica ou PAM (Posto de Assistência Médica) SUS
	5. Ambulatório de hospital	6. Consultório de clínica ou ambulatório de hospital privado	7. Pronto-socorro ou emergência públicos	8. Pronto-socorro ou emergência privados

**Se o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do(a) \_\_\_\_\_ é feito na maioria das vezes com agendamento de consulta?**

<b>B</b>	1. Sim	2. Não	3. Não sabe
----------	--------	--------	-------------

**Frequência do tratamento**

<b>C</b>	1. Todas as semanas	2. De 15 em 15 dias	3. Uma vez no mês	4. A cada 2 meses	5. A cada 3 meses
	6. A cada 6 meses	7. Uma vez por ano	8. Um tempo maior que um ano	9. Nunca	10. Outro.

**Profissionais de saúde**

<p><b>N7.</b> Você tem o cartão com as vacinações e as medidas de crescimento das crianças?</p> <p>1. ( ) Sim</p> <p>2. ( ) Não</p> <p><b>O. PROBLEMAS DE SEU BAIRRO OU COMUNIDADE</b></p> <p><b>O1.</b> Em sua opinião, quais são os principais (assinale até 3) <b>problemas em seu bairro ou comunidade?</b></p> <p>a. ( ) Ausência ou insuficiência de coleta de lixo</p> <p>b. ( ) Falta de pavimentação de ruas</p> <p>c. ( ) Ausência ou insuficiência de abastecimento de água</p> <p>d. ( ) Ausência ou insuficiência de esgoto</p> <p>e. ( ) Falta de iluminação nas ruas</p> <p>f. ( ) Ausência de áreas de lazer (praças, jardim, quadras)</p> <p>g. ( ) Falta de segurança / violência</p> <p>h. ( ) Falta de escolas</p> <p>i. ( ) Falta de creches</p> <p>j. ( ) Falta de serviços de saúde</p> <p>l. ( ) Falta de emprego na comunidade</p> <p>l. ( ) Outros.</p> <p><b>O2.</b> Em sua opinião, quais são os principais (assinale até 3) <b>problemas de saúde</b> existentes em seu bairro ou <b>comunidade?</b></p> <p>a. ( ) Dificuldade de acesso a serviço de saúde</p> <p>b. ( ) Falta de médico</p> <p>c. ( ) Falta de medicamento</p> <p>d. ( ) Falta de serviços de emergência</p> <p>e. ( ) Dificuldade para fazer exame</p> <p>f. ( ) Falta de dentista</p> <p>g. ( ) Falta de Posto e Centro de Saúde</p> <p>h. ( ) Doenças</p> <p>i. ( ) Outros.</p> <p><b>O3.</b> Em sua opinião quais são principal(is) responsável(eis) pela solução desses <b>problemas de saúde?</b> (<i>Admite mais de uma resposta</i>)</p> <p>a. ( ) Governo</p> <p>b. ( ) Governo federal</p> <p>c. ( ) Governo estadual</p> <p>d. ( ) Governo municipal (Prefeitura)</p> <p>e. ( ) Secretaria Municipal de Saúde</p> <p>f. ( ) Outra Secretaria Municipal</p> <p>g. ( ) Centros e Postos de Saúde</p> <p>h. ( ) Hospitais</p> <p>i. ( ) Equipes de Saúde da Família</p> <p>j. ( ) Agentes Comunitários de Saúde</p> <p>l. ( ) Conselho Local de Saúde</p> <p>m. ( ) Conselho Municipal de Saúde</p> <p>n. ( ) Igrejas</p> <p>o. ( ) Associações de moradores</p> <p>p. ( ) Pessoas que moram na comunidade</p> <p>q. ( ) Outro</p> <p>r. ( ) Não sabe</p>	<p><b>P. VIOLÊNCIA</b></p> <p><b>P1.</b> Em sua comunidade são comuns os casos de violência ou acidentes?</p> <p>1. ( ) Sim</p> <p>2. ( ) Não (VÁ PARA P3)</p> <p>3. ( ) Não sabe (VÁ PARA P3)</p> <p><b>P2.</b> Quais são os tipos de violência ou acidentes mais comuns em sua comunidade? (<i>Admite mais de uma resposta</i>)</p> <p>a. ( ) Agressão física dentro de casa</p> <p>b. ( ) Assalto a mão armada</p> <p>c. ( ) Assassinato</p> <p>d. ( ) Atropelamento e batida de carro</p> <p>e. ( ) Briga em lugares públicos</p> <p>f. ( ) Roubo de residência ou estabelecimento comercial</p> <p>g. ( ) Estupro</p> <p>h. ( ) Tiroteio, bala perdida</p> <p>i. ( ) Facada</p> <p>j. ( ) Queda</p> <p>l. ( ) Furto</p> <p>m. ( ) Outro.</p> <p><b>P3.</b> O(a) Sr.(a) ou alguém de sua residência passou por alguma situação de violência ou sofreu algum acidente nos últimos 12 meses?</p> <p>1. ( ) Sim</p> <p>2. ( ) Não (VÁ PARA Q1)</p> <p><b>P4.</b> Quantas pessoas nesta residência passaram por alguma situação de violência ou sofreram algum acidente nos últimos 12 meses? _____pessoas</p> <p><b>P5.</b> Nos últimos 12 meses, ao todo quantos episódios de violência ou acidente ocorreram com as pessoas que moram nessa residência? _____episódios de violência ou acidentes</p>
--	---

**P6.** Quais foram as situações de violência ou acidentes que o(a) Sr.(a) ou alguém de sua residência passou nos últimos 12 meses. Foram graves? Procurou um serviço de saúde?

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
Acidentes ou episódios de violência	Houve ferimento?	Procurou algum serviço de saúde? Qual?

**Instruções para preenchimento das colunas**

**Acidentes e episódios de violência**

<b>A</b>	1. Agressão física dentro de casa	2. Assalto a mão armada	3. Assassinato
	4. Atropelamento e batida de carro	5. Briga em lugar público	6. Roubo de residência ou de estabelecimento comercial
	7. Estupro	8. Tiroteio	9. Facada
	10. Queda	11. Furtos	12. Outro. Especificar _____

**Houve ferimento?**

<b>B</b>	1. Sim, c/ gravidade	2. Sim, s/ gravidade	3. Não houve
----------	----------------------	----------------------	--------------

**Serviços de Saúde**

<b>C</b>	1. Agente Comunitário de Saúde	2. Posto/Unidade de Saúde da Família SUS	3. Posto ou Centro de Saúde SUS
	4. Unidade de Atendimento Integrado (UAI)	5. Ambulatório de hospital público	6. Clínica ou hospital privado
	7. Pronto-socorro ou emergência públicos	8. Pronto-socorro ou emergência privados	9. Consultório particular
	10. Drogueria ou farmácia	11. Outro.	12. Não procurou serviço de saúde _____

**Q. PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

**Q1.** Agora eu vou falar o nome de alguns grupos e gostaria de saber se o(a) Sr.(a) ou alguma pessoa de sua residência participa das reuniões ou atividades que esses grupos promovem.

Grupos	Alguém Participa?			
a) Grupos Religiosos	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Ninguém participa
b) Grupos culturais ou associações esportivas	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Ninguém participa
c) Grupos de ajuda mútua do tipo Alcoólicos Anônimos	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Ninguém participa
d) Associações de moradores	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Ninguém participa
e) Partidos políticos	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Ninguém participa
f) Cooperativas	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Ninguém participa
g) Grupos de saúde, do tipo grupo de hipertensos, de diabéticos, de gestantes...	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Ninguém participa

<p><b>Q2.</b> Agora eu gostaria que o(a) Sr.(a) desse sua opinião sobre o Conselho Municipal de Saúde e sobre o Conselho Local de Saúde. Vamos começar pelo Conselho Municipal de Saúde. O(a) Sr.(a) conhece ou já ouviu falar do Conselho Municipal de Saúde?</p> <p>1. ( ) Sim</p> <p>2. ( ) Não (VÁ PARA Q4)</p> <p><b>Q3.</b> O(a) Sr. (a) ou alguém de sua residência participa do Conselho Municipal de Saúde?</p> <p>1. ( ) Sim</p> <p>2. ( ) Não</p> <p><b>Q4.</b> O(a) Sr.(a) sabe se existe ou já ouviu falar do Conselho Local de Saúde no seu Posto/Unidade Saúde da Família?</p> <p>1. ( ) Sim</p> <p>2. ( ) Não (VÁ PARA Q6)</p> <p><b>Q5.</b> O(a) Sr.(a) ou alguém da sua residência participa do Conselho Local de Saúde?</p> <p>1. ( ) Sim.</p> <p>2. ( ) Não</p> <p><b>Q6.</b> Caso o(a) Sr.(a) precisasse fazer uma reclamação, queixa ou denúncia sobre problemas ocorridos nos serviços públicos de saúde o(a) Sr.(a) saberia para onde se dirigir ou a quem procurar? Se SIM: Para quem?</p> <p>1. ( ) Sim, para profissionais de saúde</p> <p>2. ( ) Sim, para a Secretaria Municipal de Saúde</p> <p>3. ( ) Sim, para a Secretaria Estadual de Saúde</p> <p>4. ( ) Sim, para outras Secretarias que não são do setor saúde</p> <p>5. ( ) Sim, para meios de comunicação (jornal, rádio, Tv)</p> <p>6. ( ) Sim, para órgãos de defesa do consumidor</p> <p>7. ( ) Sim, em caixa de reclamações/ sugestões dos serviços de saúde</p> <p>8. ( ) Sim, para a Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde</p> <p>9. ( ) Sim, outros.</p> <p>10. ( ) Não</p> <p><b>Q7.</b> O(a) Sr.(a) ou alguém de sua residência já fez alguma denúncia ou queixa sobre problemas ocorridos nos serviços de saúde? SE SIM: Para quem?</p> <p>1. ( ) Sim, para profissionais de saúde</p> <p>2. ( ) Sim, para a Secretaria Municipal de Saúde</p> <p>3. ( ) Sim, para a Secretaria Estadual de Saúde</p> <p>4. ( ) Sim, para outras secretarias que não são do setor saúde</p> <p>5. ( ) Sim, para meios de comunicação (jornal, rádio, Tv)</p> <p>6. ( ) Sim, para órgãos de defesa do consumidor</p> <p>7. ( ) Sim, em caixa de reclamações/ sugestões dos serviços de saúde</p> <p>8. ( ) Sim, na Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde</p> <p>9. ( ) Sim, outros.</p> <p>10. ( ) Não</p> <p><i>Para os entrevistados que não conhecem nem ouviram falar do PSF (pergunta C2) e para os que nunca receberam visitas domiciliares por qualquer integrante da ESF (pergunta E7) a entrevista acaba aqui. Obrigado por responder a esta entrevista.</i></p>	<p><b>R. AVALIAÇÃO DO PSF PELAS FAMÍLIAS</b></p> <p><b>R1.</b> O(a) Sr.(a) acha que depois que foi criado o Programa de Saúde da Família, as condições de saúde do seu bairro....</p> <p>1. ( ) Melhoraram</p> <p>2. ( ) Pioraram</p> <p>3. ( ) Ou continuaram como estavam?</p> <p>4. ( ) Não sabe</p> <p><b>R2.</b> E em relação à sua família? O(a) Sr.(a) acha que depois que foi implantado o Programa de Saúde da Família no seu bairro, as condições de saúde de sua família ...</p> <p>1. ( ) Melhoraram</p> <p>2. ( ) Pioraram</p> <p>3. ( ) Ou continuaram como estavam?</p> <p>4. ( ) Não sabe</p> <p><b>R3.</b> O(a) Sr.(a) acha que depois que o Programa de Saúde da Família foi implantado no seu bairro as pessoas de sua residência procuram mais ou procuram menos hospitais e especialistas?</p> <p>1. ( ) Procuram mais</p> <p>2. ( ) Procuram menos</p> <p>3. ( ) Procuram igual</p> <p>4. ( ) Não sabe</p> <p><b>R4.</b> O(a) Sr.(a) acha que depois que o Programa Saúde da Família foi implantado no seu bairro as pessoas de sua residência procuram mais ou procuram menos os serviços de urgência e emergência?</p> <p>1. ( ) Procuram mais</p> <p>2. ( ) Procuram menos</p> <p>3. ( ) Procuram igual</p> <p>4. ( ) Não sabe</p> <p><b>R5.</b> Em sua opinião, depois que o Programa de Saúde da Família foi implantado no seu bairro o atendimento em caso de doença....</p> <p>1. ( ) melhorou muito,</p> <p>2. ( ) melhorou um pouco,</p> <p>3. ( ) ficou igual</p> <p>4. ( ) ou piorou?</p> <p>5. ( ) Não sabe</p> <p><b>R6.</b> Antes da criação do Posto/Unidade de Saúde da Família já existia no seu bairro um Posto ou Centro de Saúde?</p> <p>1. ( ) Sim</p> <p>2. ( ) Não (VÁ PARA R10)</p> <p>3. ( ) Não sabe (VÁ PARA R10)</p> <p><b>R7.</b> O(a) Sr.(a) era atendido(a) <b>com frequência</b> nesse Posto ou Centro de Saúde?</p> <p>1. ( ) Sim</p> <p>2. ( ) Não (VÁ PARA R10)</p> <p>3. ( ) Não sabe (VÁ PARA R10)</p> <p><b>R8.</b> Em sua opinião o atendimento recebido hoje em dia no Posto/Unidade de Saúde da Família é melhor, igual ou pior do que o recebido no Posto ou Centro de Saúde antes do Programa Saúde da Família?</p> <p>1. ( ) Melhor</p> <p>2. ( ) Igual</p> <p>3. ( ) Pior</p> <p>4. ( ) Não sabe</p>
---	---



Eu vou falar alguns itens e preciso que o (a) Sr.(a) me diga se a atuação do Posto/Unidade de Saúde da Família é melhor, igual ou pior que a atuação do Posto ou Centro de Saúde que o(a) Sr.(a) usava anteriormente.

Itens	A atuação do Posto/Unidade de Saúde da Família é...			
a. Em relação à participação nas atividades do bairro?	1. ( ) Melhor	2. ( ) Igual	3. ( ) Ou pior que a do Posto ou Centro de Saúde	4. ( ) Não sabe
b. E em relação ao conhecimento dos problemas da comunidade?	1. ( ) Melhor	2. ( ) Igual	3. ( ) Ou pior que a do Posto ou Centro de Saúde	4. ( ) Não sabe
c. E quanto ao conhecimento técnico para resolver os problemas de saúde?	1. ( ) Melhor	2. ( ) Igual	3. ( ) Ou pior que a do Posto ou Centro de Saúde	4. ( ) Não sabe
d. E em relação à facilidade de marcar consulta?	1. ( ) Melhor	2. ( ) Igual	3. ( ) Ou pior que a do Posto ou Centro de Saúde	4. ( ) Não sabe
e. E em relação à facilidade de obter consulta sem marcar?	1. ( ) Melhor	2. ( ) Igual	3. ( ) Ou pior que a do Posto ou Centro de Saúde	4. ( ) Não sabe
f. E quanto às condições de dar bom atendimento?	1. ( ) Melhor	2. ( ) Igual	3. ( ) Ou pior que a do Posto ou Centro de Saúde	4. ( ) Não sabe
g. E quanto à facilidade de obtenção de medicamentos?	1. ( ) Melhor	2. ( ) Igual	3. ( ) Ou pior que a do Posto ou Centro de Saúde	4. ( ) Não sabe

2. ( ) Não

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

*Obrigada por responder essa entrevista*

Universidade Federal de Uberlândia  
Instituto de Geografia  
Programa de Pós Graduação em Geografia

## ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UBERLÂNDIA: AVALIAÇÃO SEGUNDO A VISÃO DE DIFERENTES ATORES

Questionário para **Médicos e Enfermeiros**

Código do Questionário: \_\_\_\_\_

Município de Uberlândia

Data da Entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Código do Núcleo do PSF: \_\_\_\_\_

Código da Equipe de Saúde da  
Família: \_\_\_\_\_

---

Este questionário faz parte de uma pesquisa sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF). Sua participação é muito importante para que possamos saber como está a ESF no município de Uberlândia.<sup>1</sup>

Suas respostas serão mantidas em sigilo. Antes de responder a pesquisa o(a) Senhor (a) deverá ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que informa sobre os objetivos da pesquisa caso concorde em participar desta.

A pesquisadora Maria José Rodrigues é a responsável por convidar os participantes, prestar esclarecimentos acerca da pesquisa, coletar a assinatura no TCLE e pela coleta de dados.

Agradecemos sua colaboração e solicitamos que todas as questões sejam respondidas.

---

**Atenção: A maioria das questões do questionário admite apenas uma resposta. Neste caso, as respostas estão codificadas com números. As questões que admitem mais de uma resposta contêm o aviso “Admite mais de uma resposta” e as respostas são listadas com letras.**

---

<sup>1</sup> Questionário adaptado de: GIOVANELA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, MHM. **Estudos de caso sobre implementação da Estratégia Saúde da Família em Quatro Grandes Centros Urbanos**. Relatório final - Belo Horizonte. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Ministério da Saúde. 2009.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### MÉDICOS E ENFERMEIROS

O(a) Senhor(a) está sendo convidado (a) participar da pesquisa intitulada **“ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UBERLÂNDIA: aplicação e análise de uma metodologia de avaliação de unidades básicas de saúde da família e satisfação dos usuários”**, sob a responsabilidade dos pesquisadores Julio Cesar de Lima Ramires e Maria José Rodrigues, aprovado no Comitê de Ética na Pesquisa com o parecer 668/2011

Nesta pesquisa nós estamos buscando entender o modelo assistencial da atenção básica em saúde a partir da implementação da Estratégia Saúde da Família no município de Uberlândia 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.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário auto-preenchível com informações sobre sua inserção e capacitação na Estratégia Saúde da Família; trabalho em equipe; avaliação da integração/coordenação e continuidade dos cuidados; desenvolvimento de ações intersetoriais; estabelecimento e valorização de vínculos com a comunidade.

Em nenhum momento o(a) Senhor(a) será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. O(a) Senhor(a) não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento o(a) Sr.(a) poderá desistir e retirar seu consentimento. Participar da pesquisa não lhe trará nenhum benefício individual e tampouco qualquer prejuízo. Contudo, poderá contribuir para melhorar o conhecimento sobre a situação da Estratégia de Saúde da Família no município de Uberlândia e para melhorar a política de atenção básica no município.

O(a) Senhor(a) é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o(a) Senhor(a). Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, o(a) Senhor(a) poderá entrar em contato com: Julio Cesar de Lima Ramires pelo telefone 3239 4169 ramal 15 ou no endereço: Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, 2121 - Campus Santa Mônica - Instituto de Geografia - bloco 1H sala 1H29. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 3239 4131.

Uberlândia, ..... de .....de 2012.

---

Julio Cesar de Lima Ramires/Maria José Rodrigues

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

---

Participante da pesquisa

<p><b>A. PERFIL DO PROFISSIONAL</b></p> <p><b>A1. Sexo:</b>  1. <input type="checkbox"/> Feminino  2. <input type="checkbox"/> Masculino</p> <p><b>A2. Idade:</b> _____ anos</p> <p><b>A3. Função que desempenha na equipe:</b>  1. <input type="checkbox"/> Médico  2. <input type="checkbox"/> Enfermeiro</p> <p><b>A4. Nível de instrução</b>  I. <input type="checkbox"/> Ensino superior (terceiro grau) completo  II. <input type="checkbox"/> Especialização completa.  a) Especifique o curso: _____  b) Especifique ano de conclusão: _____  c) Especifique o curso: _____  d) Especifique ano de conclusão: _____  III. <input type="checkbox"/> Residência completa.  a) Especifique o curso: _____  b) Especifique ano de conclusão: _____  c) Especifique o curso: _____  d) Especifique ano de conclusão: _____  IV. <input type="checkbox"/> Mestrado completo.  a) Especifique o curso: _____  b) Especifique ano de conclusão: _____  V. <input type="checkbox"/> Doutorado completo.  a) Especifique o curso: _____  b) Especifique ano de conclusão: _____</p> <p><b>A5. Realizou curso de especialização com enfoque em Saúde da Família?</b>  1. <input type="checkbox"/> Sim  2. <input type="checkbox"/> Não</p> <p><b>A6. Possui título de especialista em medicina de família e comunidade?</b>  1. <input type="checkbox"/> Sim  2. <input type="checkbox"/> Não  3. <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p><b>A7. Antes de trabalhar nesta equipe de saúde da família, possuía experiência anterior em trabalho no PSF? (<i>Admite mais de uma resposta</i>)</b>  a. <input type="checkbox"/> Sim, neste mesmo município.  b. <input type="checkbox"/> Sim, em outro município  c. <input type="checkbox"/> Sim, em outro estado  d. <input type="checkbox"/> Não teve experiência anterior</p>	<p><b>B. INSERÇÃO E CAPACITAÇÃO DO PSF</b></p> <p><b>B1. Tempo de atuação no PSF neste município</b>  1. <input type="checkbox"/> Até 6 meses  2. <input type="checkbox"/> De 7 meses a 12 meses  3. <input type="checkbox"/> De 13 meses a 24 meses  4. <input type="checkbox"/> De 2 a 5 anos  5. <input type="checkbox"/> Mais de 5 anos</p> <p><b>B2. Você vem atuando no PSF neste município:</b>  1. <input type="checkbox"/> Sempre nesta mesma equipe  2. <input type="checkbox"/> Em mais de uma equipe do PSF neste município, tendo mudado por necessidade gerencial  3. <input type="checkbox"/> Em mais de uma equipe do PSF neste município, tendo mudado a seu pedido  4. <input type="checkbox"/> Em mais de uma equipe do PSF neste município, tendo mudado a seu pedido e por necessidade gerencial</p> <p><b>B3. Porque escolheu trabalhar no PSF? (<i>Admite mais de uma resposta</i>)</b>  a) <input type="checkbox"/> Porque é um mercado de trabalho promissor, com salário diferenciado e uma jornada de trabalho fixa.  b) <input type="checkbox"/> Por se sentir motivado a trabalhar com as comunidades carentes  c) <input type="checkbox"/> Porque a Secretaria Municipal de Saúde ofereceu a possibilidade para mudar de prática dentro da rede municipal  d) <input type="checkbox"/> Por considerar as atribuições de médicos/enfermeiros do PFS compatíveis com a sua formação e especialização.  e) <input type="checkbox"/> Por estar desempregado  f) <input type="checkbox"/> Por compartilhar a idéia de que a Estratégia da Saúde da Família pode reorganizar a atenção à saúde no SUS municipal  g) <input type="checkbox"/> Por compartilhar a idéia de que a estratégia da Saúde da Família pode contribuir para um maior controle social da população organizada sobre os serviços de atenção à saúde  h) <input type="checkbox"/> Outro.</p> <p><b>B4. Você já trabalhava na Secretaria Municipal de Saúde deste município?</b>  1. <input type="checkbox"/> Sim.  2. <input type="checkbox"/> Não (VÁ PARA B6)</p> <p><b>B5. Onde?</b>  1. <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde  2. <input type="checkbox"/> Ambulatório especializado  3. <input type="checkbox"/> Unidade de Atendimento Integrado (UAI)  4. <input type="checkbox"/> Hospital Municipal  5. <input type="checkbox"/> Outro.</p>
---	---

<p><b>B6.</b> Para seu ingresso, que mecanismos de seleção foram utilizados? (<i>Admite mais de uma resposta</i>)</p> <p>a) <input type="checkbox"/> Entrevista</p> <p>b) <input type="checkbox"/> Análise de currículo</p> <p>c) <input type="checkbox"/> Prova escrita</p> <p>d) <input type="checkbox"/> Prova prática</p> <p>e) <input type="checkbox"/> Outro.</p> <p>f) <input type="checkbox"/> Não se aplica: não fez seleção</p> <p><b>B7.</b> Com quem é estabelecido seu contrato de trabalho?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Secretaria Municipal de Saúde/ Prefeitura Municipal</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Fundação Maçonica Manoel dos Santos</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Missão Sal da Terra</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Organização Não Governamental (ONG)</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Associação de moradores</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP)</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Cooperativa de trabalhadores</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Universidade.</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Fundação de apoio</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Outra</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Não tenho contrato de trabalho</p> <p>11. <input type="checkbox"/> Não sabe informar</p> <p><b>B8.</b> Qual a sua forma de contrato de trabalho?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Estatutário</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Celetista</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Contrato por regime especial temporário</p> <p>4. <input type="checkbox"/> RPA – Recibo de pagamento autônomo</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Cargo comissionado</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Bolsista</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Cedido de outra instituição pública</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Outra.</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Não tenho contrato de trabalho</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Não sabe informar.</p> <p><b>B9.</b> Qual é a sua carga horária no PSF?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 20 horas semanais obrigatórias</p> <p>2. <input type="checkbox"/> 30 horas semanais obrigatórias</p> <p>3. <input type="checkbox"/> 40 horas semanais com dedicação exclusiva</p> <p>4. <input type="checkbox"/> 40 horas semanais, com flexibilidade para outra atividade</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Outro.</p> <p><b>B10.</b> Sua remuneração total <b>bruta</b> no PSF está na faixa de:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Até R\$ 3.000,00</p> <p>2. <input type="checkbox"/> De R\$ 3.001,00 até R\$ 5.000,00</p> <p>3. <input type="checkbox"/> De R\$ 5.001,00 até R\$ 6.000,00</p> <p>4. <input type="checkbox"/> De R\$ 6.001,00 até R\$ 8.000,00</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Mais de R\$ 8.000,00</p> <p><b>B11.</b> Sua remuneração inclui alguma forma de benefício ou complementação salarial para atuação no PSF?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não (VÁ PARA B13)</p>	<p><b>B12.</b> De que tipo? (<i>Admite mais de uma resposta</i>)</p> <p>a) <input type="checkbox"/> Insalubridade</p> <p>b) <input type="checkbox"/> Auxílio transporte</p> <p>c) <input type="checkbox"/> Auxílio alimentação</p> <p>d) <input type="checkbox"/> Para atuação em área de risco</p> <p>e) <input type="checkbox"/> Por desempenho</p> <p>f) <input type="checkbox"/> Outro.</p> <p><b>B13.</b> Considera seu salário compatível com suas atribuições?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não</p> <p><b>B14.</b> Tem outro vínculo de trabalho?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim. Carga horária semanal? _____</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não (VÁ PARA B16)</p> <p><b>B15.</b> Esse outro vínculo é em:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Hospital público</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Clínica/Ambulatório privado</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Centro/Posto de Saúde público</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Unidade de Atendimento Integrado (UAI)</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Outro serviço de saúde</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Universidade como docente</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Outro serviço.</p> <p><b>B16.</b> Seu município oferece incentivo à formação para os profissionais do PSF?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não (VÁ PARA B18)</p> <p><b>B17.</b> Que tipos de incentivos à formação seu município oferece aos profissionais do PSF? (<i>Admite mais de uma resposta</i>)</p> <p>a) <input type="checkbox"/> Liberação de carga horária para realização de cursos.</p> <p>b) <input type="checkbox"/> Realização de parcerias para oferta de cursos</p> <p>c) <input type="checkbox"/> Apoio para participação em eventos científicos (financeiro, logístico, liberação de carga horária)</p> <p>d) <input type="checkbox"/> Promoção de eventos científicos</p> <p>e) <input type="checkbox"/> Pesquisa em serviço</p> <p>f) <input type="checkbox"/> Adicional financeiro de titulação</p> <p>g) <input type="checkbox"/> Outro.</p> <p>h) <input type="checkbox"/> Não sabe informar.</p>
--	---

<p><b>B18.</b> Indique as diferentes razões para a insatisfação e rotatividade dos profissionais que atuam no PSF (<i>Admite mais de uma resposta</i>)</p> <p>a) <input type="checkbox"/> Instabilidade do vínculo</p> <p>b) <input type="checkbox"/> Remuneração inadequada dos profissionais</p> <p>c) <input type="checkbox"/> Condições de trabalho precárias (infra-estrutura deficiente das unidades de saúde, insumos insuficientes)</p> <p>d) <input type="checkbox"/> Exigência da carga horária integral</p> <p>e) <input type="checkbox"/> Formação prévia dos profissionais incompatível com modelo proposto</p> <p>f) <input type="checkbox"/> Existência de outras oportunidades de emprego</p> <p>g) <input type="checkbox"/> Baixa oportunidade de progressão profissional</p> <p>h) <input type="checkbox"/> Baixa oportunidade de capacitação e formação profissional</p> <p>i) <input type="checkbox"/> Baixo comprometimento dos profissionais com o PSF</p> <p>j) <input type="checkbox"/> Falta de garantia de acesso a outros níveis de atenção</p> <p>k) <input type="checkbox"/> Baixa resolutividade das Unidades de Saúde da Família</p> <p>l) <input type="checkbox"/> Motivos pessoais</p> <p>m) <input type="checkbox"/> Outro.</p> <p>n) <input type="checkbox"/> Não sabe informar</p> <p><b>B19.</b> Em sua opinião, para exercer a atual atividade é fundamental (<i>Admite mais de uma resposta</i>)</p> <p>a) <input type="checkbox"/> Receber treinamento introdutório adequado às novas atribuições</p> <p>b) <input type="checkbox"/> Receber treinamento de atualização em atenção básica</p> <p>c) <input type="checkbox"/> Receber treinamento que permita a elaboração ou aperfeiçoamento da análise do perfil epidemiológico local</p> <p>d) <input type="checkbox"/> Receber capacitação permanente sobre atenção a grupos específicos</p> <p>e) <input type="checkbox"/> Participar de encontros entre os profissionais da saúde da família promovidos pela secretaria municipal para troca de experiências</p> <p>f) <input type="checkbox"/> Realizar curso de especialização em Saúde da Família</p> <p>g) <input type="checkbox"/> Realizar curso de especialização em Saúde Pública</p> <p>h) <input type="checkbox"/> Realizar curso de especialização em sua área de formação</p> <p>i) <input type="checkbox"/> Não tem opinião formada</p> <p><b>B20.</b> Você foi capacitado para atuar considerando a diversidade sócio-cultural da comunidade (ex.: concepções de saúde-doença, nível socioeconômico, violência, etc.)</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não</p> <p><b>B21.</b> Sua equipe de saúde da família foi treinada para a coleta e análise de dados do Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB)?</p> <p>1.( <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2.( <input type="checkbox"/> Não</p> <p>3)( <input type="checkbox"/> Não sabe informar</p>	<p><b>C. ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA</b></p> <p><b>C1.</b> Indique quantas equipes de saúde da família trabalham nesta unidade de saúde: _____(nº. ESF)</p> <p><b>C2.</b> Qual é o horário de funcionamento da UAPSF?</p> <p>De ____ às ____</p> <p>De ____ às ____</p> <p><b>C3.</b> Algum profissional da equipe exerce a função de coordenação da ESF?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não (VÁ PARA C5)</p> <p><b>C4.</b> Quem é o coordenador da sua equipe de saúde da família?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> O médico</p> <p>2. <input type="checkbox"/> O enfermeiro</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Outro profissional.</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Não tem coordenador</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Não sabe informar</p> <p><b>C5.</b> O que orienta a realização da programação das ações desenvolvidas pela sua equipe de saúde da família (<i>Admite mais de uma resposta</i>)</p> <p>a) <input type="checkbox"/> Dados do SIAB</p> <p>b) <input type="checkbox"/> Normas do Ministério da Saúde</p> <p>c) <input type="checkbox"/> Orientação da Secretaria Municipal de Saúde</p> <p>d) <input type="checkbox"/> Diagnóstico da comunidade</p> <p>e) <input type="checkbox"/> Decisão da equipe a partir do perfil epidemiológico da população e da realidade local</p> <p>f) <input type="checkbox"/> Demandas da população</p> <p>g) <input type="checkbox"/> Disponibilidade de espaço físico</p> <p>h) <input type="checkbox"/> Dados de outros sistemas de informação</p> <p>i) <input type="checkbox"/> Outro.</p> <p><b>C6.</b> Quem participa regularmente da realização da programação? (<i>Admite mais de uma resposta</i>)</p> <p>a) <input type="checkbox"/> Médicos</p> <p>b) <input type="checkbox"/> Enfermeiros</p> <p>c) <input type="checkbox"/> Odontólogos</p> <p>d) <input type="checkbox"/> Psicólogos</p> <p>e) <input type="checkbox"/> Assistentes Sociais</p> <p>f) <input type="checkbox"/> THD</p> <p>g) <input type="checkbox"/> Agente Comunitário de Saúde</p> <p>h) <input type="checkbox"/> Auxiliares de enfermagem</p> <p>i) <input type="checkbox"/> Coordenação municipal do PSF</p> <p>j) <input type="checkbox"/> Coordenações nucleares do PSF</p> <p>k) <input type="checkbox"/> Outros.</p> <p><b>C7.</b> Com que periodicidade a programação de atividades é realizada pela sua equipe de saúde da família</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Semanal</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Quinzenal</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Mensal</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Sem regularidade</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Não realiza programação</p>
--	---

<p><b>C8.</b> Que usos sua equipe de saúde da família faz dos dados coletados pelo SIAB? (<i>Admite mais de uma resposta</i>)</p> <p>a) <input type="checkbox"/> Remete mensalmente a Secretaria Municipal de Saúde</p> <p>b) <input type="checkbox"/> Analisa os dados para a tomada de decisões</p> <p>c) <input type="checkbox"/> Discute os dados com a coordenação municipal do PSF</p> <p>d) <input type="checkbox"/> Discute com a comunidade os dados</p> <p>e) <input type="checkbox"/> Discute os dados com outros órgãos governamentais</p> <p>f) <input type="checkbox"/> Discute os dados entre a equipe</p> <p>g) <input type="checkbox"/> Não sabe informar</p> <p><b>C9.</b> A sua equipe de saúde da família estabelece alguma prioridade no atendimento da população cadastrada?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não (VÁ PARA C11)</p>	<p><b>C10.</b> Quais as ações prioritárias de sua equipe? (<i>admite mais de uma resposta</i>)</p> <p>a) <input type="checkbox"/> Atenção à criança</p> <p>b) <input type="checkbox"/> Atenção ao adolescente</p> <p>c) <input type="checkbox"/> Atenção aos idosos</p> <p>d) <input type="checkbox"/> Atenção pré-natal</p> <p>e) <input type="checkbox"/> Atenção ao puerpério</p> <p>f) <input type="checkbox"/> Planejamento familiar</p> <p>g) <input type="checkbox"/> Controle de câncer uterino</p> <p>h) <input type="checkbox"/> Controle de DST/Aids</p> <p>i) <input type="checkbox"/> Controle da diabetes</p> <p>j) <input type="checkbox"/> Controle da hipertensão</p> <p>k) <input type="checkbox"/> Controle da tuberculose</p> <p>l) <input type="checkbox"/> Controle da hanseníase</p> <p>m) <input type="checkbox"/> Controle da dengue</p> <p>n) <input type="checkbox"/> Saúde bucal</p> <p>o) <input type="checkbox"/> Outros.</p>
---	---

<b>C11.</b> A partir de sua experiência de trabalho nos últimos 30 dias, registre quantas vezes na semana você realizou as atividades abaixo relacionadas:						
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
a) Atividades de grupo com pacientes em atendimento na UAPSF	1	2	3	4	5	6
b) Atendimento à demanda espontânea da população	1	2	3	4	5	6
c) Procedimentos de rotina de sua responsabilidade	1	2	3	4	5	6
d) Atividades de capacitação continuada	1	2	3	4	5	6
e) Atividades de administração e gerência	1	2	3	4	5	6
f) Reunião de equipe	1	2	3	4	5	6
g) Reunião com a comunidade	1	2	3	4	5	6
h) Consulta clínica individual/ consulta de enfermagem para a população cadastrada	1	2	3	4	5	6
i) Consulta clínica individual/ consulta de enfermagem para grupos prioritários	1	2	3	4	5	6
j) Visita domiciliar	1	2	3	4	5	6
l) Atendimento de emergência/urgência	1	2	3	4	5	6
m) Pequenas cirurgias ambulatoriais	1	2	3	4	5	6
n) Partos domiciliares	1	2	3	4	5	6
o) Ações de educação em saúde	1	2	3	4	5	6
p) Supervisão do trabalho dos auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde	1	2	3	4	5	6
q) Reunião com a coordenação/ supervisão	1	2	3	4	5	6
r) Contatos com outros órgãos governamentais e entidades	1	2	3	4	5	6
s) Outra.	1	2	3	4	5	6



C12. Avalie como se realiza o trabalho em sua equipe:					
<b>Trabalho em equipe</b>					
<b>a)</b> O relacionamento é bom e respeitoso	1. ( ) Na maioria das vezes	2. ( ) Sempre	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar
<b>b)</b> A relação é conflituosa	1. ( ) Na maioria das vezes	2. ( ) Sempre	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar
<b>c)</b> A equipe organiza de forma conjunta, a programação das atividades da equipe	1. ( ) Na maioria das vezes	2. ( ) Sempre	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar
<b>d)</b> A equipe apresenta dificuldades tanto no trabalho interno quanto no trabalho com a comunidade	1. ( ) Na maioria das vezes	2. ( ) Sempre	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar
<b>e)</b> A equipe tem capacidade de rever suas rotinas e procedimentos	1. ( ) Na maioria das vezes	2. ( ) Sempre	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar
<b>f)</b> A equipe trabalha voltada para uma rotina pré-estabelecida	1. ( ) Na maioria das vezes	2. ( ) Sempre	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar
<b>g)</b> A equipe estimula a participação da comunidade	1. ( ) Na maioria das vezes	2. ( ) Sempre	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar
<b>h)</b> O trabalho individual dos profissionais oferece pouco ao conjunto da ESF	1. ( ) Na maioria das vezes	2. ( ) Sempre	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar
<b>i)</b> Outro.	1. ( ) Na maioria das vezes	2. ( ) Sempre	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar



C13. Classifique o desempenho obtido pela equipe quanto à atenção integral prestada à população					
Serviços /Atividades					
<b>a)</b> Capacidade de conhecer os principais problemas de saúde da população	1. ( ) Muito satisfatório	2. ( ) Satisfatório	3. ( ) Insatisfatório	4. ( ) Muito Insatisfatório	5. ( ) Não sabe
<b>b)</b> Capacidade de intervir positivamente no enfrentamento dos problemas de saúde	1. ( ) Muito satisfatório	2. ( ) Satisfatório	3. ( ) Insatisfatório	4. ( ) Muito Insatisfatório	5. ( ) Não sabe
<b>c)</b> Garantir o acesso ao atendimento básico a toda população cadastrada	1. ( ) Muito satisfatório	2. ( ) Satisfatório	3. ( ) Insatisfatório	4. ( ) Muito Insatisfatório	5. ( ) Não sabe
<b>d)</b> Encaminhar para outros níveis de atenção, quando necessário	1. ( ) Muito satisfatório	2. ( ) Satisfatório	3. ( ) Insatisfatório	4. ( ) Muito Insatisfatório	5. ( ) Não sabe
<b>e)</b> Garantir internação	1. ( ) Muito satisfatório	2. ( ) Satisfatório	3. ( ) Insatisfatório	4. ( ) Muito Insatisfatório	5. ( ) Não sabe
<b>f)</b> Garantir atendimento em serviços especializados	1. ( ) Muito satisfatório	2. ( ) Satisfatório	3. ( ) Insatisfatório	4. ( ) Muito Insatisfatório	5. ( ) Não sabe
<b>g)</b> Garantir realização de exames necessários	1. ( ) Muito satisfatório	2. ( ) Satisfatório	3. ( ) Insatisfatório	4. ( ) Muito Insatisfatório	5. ( ) Não sabe
<b>h)</b> Não existência de fila na porta da unidade do PSF	1. ( ) Muito satisfatório	2. ( ) Satisfatório	3. ( ) Insatisfatório	4. ( ) Muito Insatisfatório	5. ( ) Não sabe
<b>i)</b> Acolhimento das demandas	1. ( ) Muito satisfatório	2. ( ) Satisfatório	3. ( ) Insatisfatório	4. ( ) Muito Insatisfatório	5. ( ) Não sabe
<b>j)</b> Estabelecimento de vínculos com a população da área	1. ( ) Muito satisfatório	2. ( ) Satisfatório	3. ( ) Insatisfatório	4. ( ) Muito Insatisfatório	5. ( ) Não sabe
<b>k)</b> Retorno do paciente para atendimento pela equipe saúde da família, após encaminhamento ao especialista	1. ( ) Muito satisfatório	2. ( ) Satisfatório	3. ( ) Insatisfatório	4. ( ) Muito Insatisfatório	5. ( ) Não sabe
<b>l)</b> Acompanhamento dos grupos prioritários	1. ( ) Muito satisfatório	2. ( ) Satisfatório	3. ( ) Insatisfatório	4. ( ) Muito Insatisfatório	5. ( ) Não sabe
<b>m)</b> Distribuição regular de medicamentos a grupos prioritários	1. ( ) Muito satisfatório	2. ( ) Satisfatório	3. ( ) Insatisfatório	4. ( ) Muito Insatisfatório	5. ( ) Não sabe
<b>n)</b> Resolução de 80% ou mais de casos atendidos pela sua equipe saúde da família	1. ( ) Muito satisfatório	2. ( ) Satisfatório	3. ( ) Insatisfatório	4. ( ) Muito Insatisfatório	5. ( ) Não sabe
<b>o)</b> Capacidade de realizar ações educativas	1. ( ) Muito satisfatório	2. ( ) Satisfatório	3. ( ) Insatisfatório	4. ( ) Muito Insatisfatório	5. ( ) Não sabe
<b>p)</b> Articulação com outros setores sociais atuantes na área de abrangência para enfrentamento de problemas identificados	1. ( ) Muito satisfatório	2. ( ) Satisfatório	3. ( ) Insatisfatório	4. ( ) Muito Insatisfatório	5. ( ) Não sabe
<b>q)</b> Realização de atividades preventivas individuais	1. ( ) Muito satisfatório	2. ( ) Satisfatório	3. ( ) Insatisfatório	4. ( ) Muito Insatisfatório	5. ( ) Não sabe
<b>r)</b> Capacidade de mediação de ações intersetoriais para enfrentar problemas da comunidade	1. ( ) Muito satisfatório	2. ( ) Satisfatório	3. ( ) Insatisfatório	4. ( ) Muito Insatisfatório	5. ( ) Não sabe

<p><b>C14.</b> Na sua equipe de saúde da família existe supervisão:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não (VÁ PARA C19)</p> <p><b>C15.</b> A supervisão é realizada:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Para cada ESF</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Para a cada categoria profissional</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Para a ESF e para cada categoria profissional</p> <p><b>C16.</b> A periodicidade da supervisão é na maioria das vezes:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Semanal</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Quinzenal</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Mensal</p> <p>4. <input type="checkbox"/> A cada dois meses</p> <p>5. <input type="checkbox"/> A cada três ou mais meses</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Outra.</p>	<p><b>C17.</b> Quem realiza a supervisão? (<i>Admite mais de uma resposta</i>)</p> <p>a) <input type="checkbox"/> Coordenação municipal do PSF</p> <p>b) <input type="checkbox"/> Coordenações nucleares do PSF</p> <p>c) <input type="checkbox"/> Equipe multiprofissional</p> <p>d) <input type="checkbox"/> Outra.</p> <p><b>C18.</b> Em sua experiência, na supervisão recebida dentro do PSF são realizadas: (<i>Admite mais de uma resposta</i>)</p> <p>a) <input type="checkbox"/> Interconsulta com especialista</p> <p>b) <input type="checkbox"/> Discussão de casos clínicos</p> <p>c) <input type="checkbox"/> Sistematização das informações sobre saúde da comunidade</p> <p>d) <input type="checkbox"/> Treinamento em serviço sobre as práticas de atenção primária</p> <p>e) <input type="checkbox"/> Acompanhamento e controle das atividades realizadas</p> <p>f) <input type="checkbox"/> Discussão de problemas, dificuldades e demandas</p> <p>g) <input type="checkbox"/> Supervisão das relações interpessoais</p> <p>h) <input type="checkbox"/> Acompanhamento dos riscos mais prevalentes na área e das questões sociais que envolvem o indivíduo e a comunidade</p>		
<p><b>C19.</b> Na sua opinião, o espaço físico da unidade:</p>			
<p><b>Atividades</b></p>			
a) Permite o atendimento de forma confortável para os usuários e para os profissionais	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não tem opinião
b) Contém a tecnologia necessária ao desenvolvimento das ações básicas de saúde	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não tem opinião
c) Permite realizar reuniões de equipe e com privacidade	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não tem opinião
d) Permite promover reuniões de grupos de risco ou de orientação em educação e saúde	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não tem opinião
e) Tem manutenção satisfatória	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não tem opinião
f) Foi especialmente construído para abrigar uma equipe de saúde da família da Secretaria Municipal de Saúde	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não tem opinião
g) Foi restaurado satisfatoriamente para abrigar uma equipe da saúde da família	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não tem opinião
h) Abriga mais de uma equipe de saúde da família satisfatoriamente	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não tem opinião
i) Os espaços, inclusive consultórios, são compartilhados por mais de uma equipe de saúde da família	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não tem opinião
j) Outro.	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não tem opinião
<p><b>C20.</b> A sua ESF avalia os serviços prestados à população (<i>Admite mais de uma resposta</i>)</p> <p>a. <input type="checkbox"/> Sim. Avalia internamente com a ESF</p> <p>b. <input type="checkbox"/> Sim. Avalia com participação da comunidade</p> <p>c. <input type="checkbox"/> Sim. Avalia com participação da coordenação</p> <p>d. <input type="checkbox"/> Não avalia</p>			

D. COORDENAÇÃO E INTEGRAÇÃO NA REDE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE					
D1. Qual o seu grau de concordância com as seguintes afirmações?					
Situações					
a) A unidade de Saúde da Família é acessível a toda a população cadastrada	1. ( ) Concordo muito	2. ( ) Concordo	3. ( ) Discordo	4. ( ) Discordo muito	5. ( ) Não sabe
b) O PSF vem substituindo as unidades básicas tradicionais de saúde no atendimento da população	1. ( ) Concordo muito	2. ( ) Concordo	3. ( ) Discordo	4. ( ) Discordo muito	5. ( ) Não sabe
c) O PSF concentra-se em áreas pobres ou periféricas no município	1. ( ) Concordo muito	2. ( ) Concordo	3. ( ) Discordo	4. ( ) Discordo muito	5. ( ) Não sabe
d) Com o PSF, a população atendida procura menos os serviços hospitalares e especializados	1. ( ) Concordo muito	2. ( ) Concordo	3. ( ) Discordo	4. ( ) Discordo muito	5. ( ) Não sabe
e) A população procura primeiro a Unidade de Saúde da Família quando necessita de atendimento de saúde	1. ( ) Concordo muito	2. ( ) Concordo	3. ( ) Discordo	4. ( ) Discordo muito	5. ( ) Não sabe
f) A população procura primeiro a rede hospitalar ou de UAI	1. ( ) Concordo muito	2. ( ) Concordo	3. ( ) Discordo	4. ( ) Discordo muito	5. ( ) Não sabe
g) A população resiste às ações das equipes de saúde da família	1. ( ) Concordo muito	2. ( ) Concordo	3. ( ) Discordo	4. ( ) Discordo muito	5. ( ) Não sabe
h) O PSF atende com exclusividade a população cadastrada	1. ( ) Concordo muito	2. ( ) Concordo	3. ( ) Discordo	4. ( ) Discordo muito	5. ( ) Não sabe
i) O PSF atende apenas com agendamento prévio	1. ( ) Concordo muito	2. ( ) Concordo	3. ( ) Discordo	4. ( ) Discordo muito	5. ( ) Não sabe
j) A USF cumpre na prática as funções de pronto atendimento	1. ( ) Concordo muito	2. ( ) Concordo	3. ( ) Discordo	4. ( ) Discordo muito	5. ( ) Não sabe
k) O PSF atua articulado aos programas de saúde existentes (tuberculose, hanseníase, diabetes, entre outros)	1. ( ) Concordo muito	2. ( ) Concordo	3. ( ) Discordo	4. ( ) Discordo muito	5. ( ) Não sabe
l) O PSF ampliou o acesso de novas parcelas da população aos serviços de saúde no município	1. ( ) Concordo muito	2. ( ) Concordo	3. ( ) Discordo	4. ( ) Discordo muito	5. ( ) Não sabe
m) O PSF atrai as populações dos bairros vizinhos que sobrecarregam o atendimento	1. ( ) Concordo muito	2. ( ) Concordo	3. ( ) Discordo	4. ( ) Discordo muito	5. ( ) Não sabe
n) O PSF tem favorecido a ação intersetorial no município para o enfrentamento de problemas identificados em sua área de atuação	1. ( ) Concordo muito	2. ( ) Concordo	3. ( ) Discordo	4. ( ) Discordo muito	5. ( ) Não sabe
o) O PSF garante o atendimento em outros serviços, quando necessários	1. ( ) Concordo muito	2. ( ) Concordo	3. ( ) Discordo	4. ( ) Discordo muito	5. ( ) Não sabe
p) O PSF garante a realização de exames, quando necessários	1. ( ) Concordo muito	2. ( ) Concordo	3. ( ) Discordo	4. ( ) Discordo muito	5. ( ) Não sabe
q) O PSF garante a internação, quando necessária	1. ( ) Concordo muito	2. ( ) Concordo	3. ( ) Discordo	4. ( ) Discordo muito	5. ( ) Não sabe
r) O PSF fornece medicamentos da farmácia básica suficientemente	1. ( ) Concordo muito	2. ( ) Concordo	3. ( ) Discordo	4. ( ) Discordo muito	5. ( ) Não sabe
s) A sua equipe de saúde da família oferece recursos adequados ao enfrentamento dos problemas de saúde na comunidade	1. ( ) Concordo muito	2. ( ) Concordo	3. ( ) Discordo	4. ( ) Discordo muito	5. ( ) Não sabe
t) O tempo médio entre o agendamento e o atendimento de consultas na Unidade de Saúde da família é elevado	1. ( ) Concordo muito	2. ( ) Concordo	3. ( ) Discordo	4. ( ) Discordo muito	5. ( ) Não sabe
u) A população se sente esclarecida sobre cuidados rotineiros com a saúde	1. ( ) Concordo muito	2. ( ) Concordo	3. ( ) Discordo	4. ( ) Discordo muito	5. ( ) Não sabe
v) A sua equipe de saúde da família conta com um sistema de referência e contra-referência que permite ampliar a resolutividade da rede básica	1. ( ) Concordo muito	2. ( ) Concordo	3. ( ) Discordo	4. ( ) Discordo muito	5. ( ) Não sabe
x) A população apresenta uma forte demanda por atendimento médico, pressionando a ESF para o	1. ( ) Concordo muito	2. ( ) Concordo	3. ( ) Discordo	4. ( ) Discordo muito	5. ( ) Não sabe
z) O número de famílias sob responsabilidade de uma ESF é adequado	1. ( ) Concordo muito	2. ( ) Concordo	3. ( ) Discordo	4. ( ) Discordo muito	5. ( ) Não sabe

<p><b>D2.</b> Quando um paciente é atendido na unidade básica de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, qual o percurso mais comum?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> O paciente sai da unidade com a consulta agendada</li> <li><input type="checkbox"/> A consulta é agendada pela UAPSF e a data posteriormente informada ao paciente</li> <li><input type="checkbox"/> A consulta é agendada pelo próprio paciente junto à central de marcação</li> <li><input type="checkbox"/> O paciente recebe uma ficha de encaminhamento e deve dirigir-se a qualquer unidade especializada</li> <li><input type="checkbox"/> O paciente recebe uma ficha de encaminhamento sendo orientado pelo médico a procurar um determinado serviço ou profissional</li> <li><input type="checkbox"/> Não há um percurso definido</li> <li><input type="checkbox"/> Não sabe informar</li> </ol> <p><b>D3.</b> Assinale os tipos de exames que podem ser solicitados pelos profissionais da sua ESF: (<i>Admite mais de uma resposta</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hematologia</li> <li><input type="checkbox"/> Bioquímica</li> <li><input type="checkbox"/> Sorologias</li> <li><input type="checkbox"/> Anatomopatologia e citopatologia</li> <li><input type="checkbox"/> Eletrocardiografia</li> <li><input type="checkbox"/> Radiologia simples</li> <li><input type="checkbox"/> Radiografia contrastada</li> <li><input type="checkbox"/> Mamografia</li> <li><input type="checkbox"/> Colposcopia</li> <li><input type="checkbox"/> Ultra-sonografia obstétrica</li> <li><input type="checkbox"/> Ultra-sonografia clínica</li> <li><input type="checkbox"/> Ecocardiografia</li> <li><input type="checkbox"/> Métodos endoscópicos</li> <li><input type="checkbox"/> Audiometria</li> <li><input type="checkbox"/> Tomografia computadorizada</li> </ol> <p><b>D4.</b> Existem normas definidas para transferência de informações sobre pacientes entre os níveis de atenção?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sim</li> <li><input type="checkbox"/> Não</li> </ol>	<p><b>D5.</b> Existem normas definidas para a solicitação de exames laboratoriais de complementação diagnóstica?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sempre</li> <li><input type="checkbox"/> Na maioria das vezes</li> <li><input type="checkbox"/> Poucas vezes</li> <li><input type="checkbox"/> Nunca</li> </ol> <p><b>D6.</b> Existe coleta de material para exames de laboratório na sua unidade?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sempre</li> <li><input type="checkbox"/> Na maioria das vezes</li> <li><input type="checkbox"/> Poucas vezes</li> <li><input type="checkbox"/> Nunca</li> </ol> <p><b>D7.</b> Com que frequência os profissionais de saúde na sua unidade utilizam normas definidas para referência e contra-referência?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sempre</li> <li><input type="checkbox"/> Na maioria das vezes</li> <li><input type="checkbox"/> Poucas vezes</li> <li><input type="checkbox"/> Nunca</li> </ol> <p><b>D8.</b> 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?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sempre</li> <li><input type="checkbox"/> Na maioria das vezes</li> <li><input type="checkbox"/> Poucas vezes</li> <li><input type="checkbox"/> Nunca</li> </ol> <p><b>D9.</b> Existe uma central de marcação de consultas especializadas?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sim</li> <li><input type="checkbox"/> Não</li> <li><input type="checkbox"/> Não sabe informar</li> </ol>
---	--

<b>D10.</b> Com que frequência são realizadas as ações abaixo:					
<b>a)</b> Quando os pacientes são referidos para outros serviços, os profissionais de atenção básica fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?	1. <input type="checkbox"/> Sempre	2. <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes	3. <input type="checkbox"/> Poucas vezes	4. <input type="checkbox"/> Nunca	5. <input type="checkbox"/> Não sabe
<b>b)</b> Os profissionais de atenção básica recebem informações escritas sobre os resultados das consultas referidas a especialistas?	1. <input type="checkbox"/> Sempre	2. <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes	3. <input type="checkbox"/> Poucas vezes	4. <input type="checkbox"/> Nunca	5. <input type="checkbox"/> Não sabe
<b>c)</b> O agendamento da consulta de retorno do usuário para saber os resultados dos exames é feito diretamente pela unidade?	1. <input type="checkbox"/> Sempre	2. <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes	3. <input type="checkbox"/> Poucas vezes	4. <input type="checkbox"/> Nunca	5. <input type="checkbox"/> Não sabe
<b>d)</b> O usuário é avisado sobre esse agendamento?	1. <input type="checkbox"/> Sempre	2. <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes	3. <input type="checkbox"/> Poucas vezes	4. <input type="checkbox"/> Nunca	5. <input type="checkbox"/> Não sabe
<b>e)</b> Os profissionais procuram a família para discutir problema de saúde do usuário?	1. <input type="checkbox"/> Sempre	2. <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes	3. <input type="checkbox"/> Poucas vezes	4. <input type="checkbox"/> Nunca	5. <input type="checkbox"/> Não sabe
<b>f)</b> Existe supervisão periódica para revisar a necessidade de referência aos outros níveis de atenção?	1. <input type="checkbox"/> Sempre	2. <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes	3. <input type="checkbox"/> Poucas vezes	4. <input type="checkbox"/> Nunca	5. <input type="checkbox"/> Não sabe
<b>g)</b> Os prontuários médicos sempre estão disponíveis quando o profissional examina o usuário?	1. <input type="checkbox"/> Sempre	2. <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes	3. <input type="checkbox"/> Poucas vezes	4. <input type="checkbox"/> Nunca	5. <input type="checkbox"/> Não sabe
<b>h)</b> Existe auditoria periódica dos prontuários médicos?	1. <input type="checkbox"/> Sempre	2. <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes	3. <input type="checkbox"/> Poucas vezes	4. <input type="checkbox"/> Nunca	5. <input type="checkbox"/> Não sabe

<p><b>D11.</b> Na sua unidade, os prontuários de saúde dos usuários estão organizados por:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Indivíduo</li> <li>2. <input type="checkbox"/> Família</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Indivíduo e família</li> <li>4. <input type="checkbox"/> Não são utilizados prontuários</li> </ol> <p><b>D12.</b> Você faz anotações sobre a saúde do usuário após cada consulta?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Sim, no prontuário do usuário</li> <li>2. <input type="checkbox"/> Sim, no prontuário da família</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Sim, no prontuário do usuário e a família</li> <li>4. <input type="checkbox"/> Não faço anotações (VÁ PARA D14)</li> </ol>	<p><b>D13.</b> Com que frequência você utiliza o prontuário de saúde para fazer anotações após cada consulta.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Sempre</li> <li>2. <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Poucas vezes</li> <li>4. <input type="checkbox"/> Nunca</li> </ol> <p><b>D14.</b> Durante a consulta, você normalmente pergunta sobre fatores de risco social ou condições de vida do usuário (ex. desemprego, disponibilidade de água potável, saneamento básico etc.)?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Sempre</li> <li>2. <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Poucas vezes</li> <li>4. <input type="checkbox"/> Nunca</li> </ol>
---	---

<p><b>D15.</b> Com que frequência consegue realizar o agendamento para os serviços abaixo enunciados:</p>					
<p><b>Serviços</b></p>					
<b>a)</b> Ambulatórios de média complexidade	1. <input type="checkbox"/> Sempre	2. <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes	3. <input type="checkbox"/> Poucas vezes	4. <input type="checkbox"/> Nunca	5. <input type="checkbox"/> Não sabe
<b>b)</b> Procedimentos de alta complexidade/alto custo	1. <input type="checkbox"/> Sempre	2. <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes	3. <input type="checkbox"/> Poucas vezes	4. <input type="checkbox"/> Nunca	5. <input type="checkbox"/> Não sabe
<b>c)</b> Serviço de Apoio diagnóstico e terapia	1. <input type="checkbox"/> Sempre	2. <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes	3. <input type="checkbox"/> Poucas vezes	4. <input type="checkbox"/> Nunca	5. <input type="checkbox"/> Não sabe
<b>d)</b> Maternidade	1. <input type="checkbox"/> Sempre	2. <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes	3. <input type="checkbox"/> Poucas vezes	4. <input type="checkbox"/> Nunca	5. <input type="checkbox"/> Não sabe
<b>e)</b> Internações	1. <input type="checkbox"/> Sempre	2. <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes	3. <input type="checkbox"/> Poucas vezes	4. <input type="checkbox"/> Nunca	5. <input type="checkbox"/> Não sabe

<p><b>D16.</b> Na sua experiência, qual o tempo médio de espera do paciente referenciado para os outros níveis de complexidade?</p>							
<b>Tempo</b>	1 a 2 dias	3 a 7 dias	1 a 3 semanas	1 mês	2 meses	3 meses e mais	Não sabe informar
Consultas especializadas	1	2	3	4	5	6	7
Consultas de cardiologia	1	2	3	4	5	6	7
Exames Patologia clínica	1	2	3	4	5	6	7
Exames Radiologia e ultra-som	1	2	3	4	5	6	7
Internações para cirurgia eletiva	1	2	3	4	5	6	7

<p><b>D17.</b> Quais são os serviços de saúde que a população cadastrada dispõe nos períodos noturnos, fins de semana e feriados? (<i>Admite mais de uma resposta</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) <input type="checkbox"/> Centro de Saúde com atendimento noturno</li> <li>b) <input type="checkbox"/> Centro de Saúde com serviço de urgência</li> <li>c) <input type="checkbox"/> UAI Pronto-socorro</li> <li>d) <input type="checkbox"/> Emergência Hospitalar</li> <li>e) <input type="checkbox"/> Outro. _____</li> <li>f) <input type="checkbox"/> Não dispõe</li> <li>g) <input type="checkbox"/> Não sabe informar.</li> </ol>	<p><b>D18.</b> Em sua opinião, a implantação do PSF mudou a relação entre os serviços e a população?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Sim</li> <li>2. <input type="checkbox"/> Não</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Em parte</li> <li>4. <input type="checkbox"/> Não tem opinião formada</li> </ol>
--	--

<b>D19. Em sua opinião, como a população valoriza os procedimentos introduzidos pelo PSF:</b>					
<b>Procedimentos</b>					
<b>a)</b> Atendimento por uma equipe multiprofissional	1. ( ) Valoriza muito	2. ( ) Valoriza	3. ( ) Valoriza pouco	4. ( ) Não valoriza	5. ( ) Não sabe
<b>b)</b> Realização de atividades para acompanhamento de grupos prioritários	1. ( ) Valoriza muito	2. ( ) Valoriza	3. ( ) Valoriza pouco	4. ( ) Não valoriza	5. ( ) Não sabe
<b>c)</b> Ações desenvolvidas através de visitas domiciliares de ACS	1. ( ) Valoriza muito	2. ( ) Valoriza	3. ( ) Valoriza pouco	4. ( ) Não valoriza	5. ( ) Não sabe
<b>d)</b> Visitas domiciliares de médicos e enfermeiros	1. ( ) Valoriza muito	2. ( ) Valoriza	3. ( ) Valoriza pouco	4. ( ) Não valoriza	5. ( ) Não sabe
<b>e)</b> Reuniões para discutir diagnóstico de saúde da comunidade	1. ( ) Valoriza muito	2. ( ) Valoriza	3. ( ) Valoriza pouco	4. ( ) Não valoriza	5. ( ) Não sabe
<b>f)</b> Reuniões para discutir programação das ações coletivas	1. ( ) Valoriza muito	2. ( ) Valoriza	3. ( ) Valoriza pouco	4. ( ) Não valoriza	5. ( ) Não sabe
<b>D20. Em sua opinião, a relação da ESF com a população que atende (<i>Admite mais de uma resposta</i>)</b> a. ( ) É cordial e cooperativa na resolução dos problemas b. ( ) É formal em função das necessidades do serviço de saúde c. ( ) Estabelece vínculos, com base no reconhecimento das famílias, de seus membros individuais e de suas necessidades específicas d. ( ) 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			<b>D21. Assinale os principais problemas em relação à integração da rede de serviços (<i>Admite mais de uma resposta</i>)</b> <b>a)</b> ( ) Problemas que ocorrem na relação entre ao UAPSF e a atenção especializada no setor de cuidados ambulatoriais; <b>b)</b> ( ) Problemas que ocorrem na relação entre a UAPSF e a atenção especializada nos hospitais; <b>c)</b> ( ) Problemas ocorrem na relação entre UAPSF e emergência; <b>d)</b> ( ) Problemas ocorrem por causa das listas de espera que impedem o acesso adequado ao cuidado especializado, hospitais, etc. <b>e)</b> ( ) Outros.		
<b>D22. Indique o grau de concordância em relação aos esforços para a coordenação dos cuidados</b>					
<b>Situações</b>					
<b>a)</b> As enfermeiras são ativamente envolvidas na coordenação dos cuidados;	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda	3. ( ) Discorda	4. ( ) Discorda muito	5. ( ) Não sabe
<b>b)</b> Na política local está especificado o papel da ESF na função de porta de entrada e sua função de coordenação;	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda	3. ( ) Discorda	4. ( ) Discorda muito	5. ( ) Não sabe
<b>c)</b> Em seu município é permitido aos médicos do PSF acompanhar seu paciente durante a internação	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda	3. ( ) Discorda	4. ( ) Discorda muito	5. ( ) Não sabe
<b>d)</b> Profissionais do PSF desfrutam do mesmo nível de reconhecimento profissional que os especialistas	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda	3. ( ) Discorda	4. ( ) Discorda muito	5. ( ) Não sabe



## E. INTERSETORIALIDADE

**E1.** Você trabalha em conjunto com outras instituições, organizações ou grupos da comunidade para realização de ações intersetoriais?

1. ☐ Sempre
2. ☐ Na maioria das vezes
3. ☐ Poucas vezes
4. ☐ Nunca

**E2.** Você participa de alguma atividade voltada para a solução / encaminhamento de problemas de sua comunidade junto com outros órgãos públicos ou entidades da sociedade?

1. ☐ Sim.
2. ☐ Não participa (VÁ PARA E4)

**E3.** Junto a órgãos públicos ou entidades da sociedade relacionados a que tipos de problemas? (*Admite mais de uma resposta*)

- a) ☐ Escola/educação
- b) ☐ Moradia
- c) ☐ Urbanismo (ruas, praças, iluminação pública, etc.)
- d) ☐ Água
- e) ☐ Esgoto
- f) ☐ Coleta de lixo
- g) ☐ Segurança pública
- h) ☐ Transporte
- i) ☐ Geração de renda /trabalho
- j) ☐ Outro.

**E4.** Na sua opinião, para a resolução dos problemas da comunidade, a ESF deve relacionar-se com:

1. ☐ Órgãos de políticas públicas como educação, assistência social, saneamento e transporte
2. ☐ Organismos não governamentais e organizações da sociedade civil
3. ☐ As duas respostas anteriores
4. ☐ A equipe tem condições de resolver os problemas da comunidade
5. ☐ Não tem opinião formada

**E5.** A equipe executa as ações na sua área de atuação em parceria e/ou articulação informal com ONGs, associações, conselhos, igrejas e movimentos sociais.

1. ☐ Sempre
2. ☐ Na maioria das vezes
3. ☐ Poucas vezes
4. ☐ Nunca

**E6.** Em sua opinião, a presença das lideranças comunitárias no levantamento de informações sobre as condições de vida e saúde da comunidade foi:

1. ☐ Forte
2. ☐ Fraca
3. ☐ Não houve participação das lideranças
9. ☐ Não sabe informar

**E7.** Existem iniciativas em funcionamento da sua equipe, realizadas em conjunto com a população, com ênfase no desenvolvimento comunitário.

1. ☐ Sempre
2. ☐ Na maioria das vezes
3. ☐ Poucas vezes
4. ☐ Nunca
9. ☐ Não sabe Informar

**E8.** Existe um Conselho Local de Saúde em sua unidade?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não (VÁ PARA E12)

**E9.** Algum profissional da ESF participa no Conselho Local de Saúde como seu membro efetivo?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não

**E10.** Como você avalia os trabalhos do Conselho Local de Saúde para o desenvolvimento das condições de saúde da comunidade?

1. ☐ Muito relevante
2. ☐ Relevante
3. ☐ Pouco relevante
4. ☐ Nada relevante
5. ☐ Não sabe avaliar

**E11.** Você avalia que os trabalhos no Conselho Local de Saúde se dão:

1. ☐ Sem conflito
2. ☐ Com pouco conflito
3. ☐ Com conflito
4. ☐ Com muito conflito
5. ☐ Não sabe avaliar

**E12.** Você participa regularmente de outros fóruns de formulação da política e de ações de saúde?

1. ☐ Sim.
2. ☐ Não (VÁ PARA E14)

**E13.** Em caso positivo, quais? (*Admite mais de uma resposta*)

- a. ☐ Conselho Municipal de Saúde
- b. ☐ Conselho Distrital de Saúde
- c. ☐ Conferência Municipal de Saúde
- d. ☐ Conferência Estadual de Saúde
- e. ☐ Conferência Nacional de Saúde
- f. ☐ Plenárias de Conselheiros de Saúde
- g. ☐ Fóruns intersetoriais
- h. ☐ Outros.

**E14.** Você participa de alguma organização de representação da categoria profissional:

1. ☐ Sim. Qual? \_\_\_\_\_
2. ☐ Não.

**OBRIGADA POR RESPONDER A ESTE QUESTIONÁRIO.**





**Universidade Federal de Uberlândia**  
**Instituto de Geografia**  
**Programa de Pós Graduação em Geografia**

**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UBERLÂNDIA: AVALIAÇÃO SEGUNDO A  
VISÃO DE DIFERENTES ATORES**

**Questionário para Auxiliares/Técnicos em  
Enfermagem**

Código do Questionário: \_\_\_\_\_

Município de Uberlândia

Data da Entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Código do Núcleo do PSF: \_\_\_\_\_

Código da Equipe de Saúde da  
Família: \_\_\_\_\_

---

Este questionário faz parte de uma pesquisa sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF). Sua participação é muito importante para que possamos saber como está a ESF no município de Uberlândia.<sup>1</sup>

Suas respostas serão mantidas em sigilo. Antes de responder a pesquisa o(a) Senhor (a) deverá ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que informa sobre os objetivos da pesquisa caso concorde em participar desta.

A pesquisadora Maria José Rodrigues é a responsável por convidar os participantes, prestar esclarecimentos acerca da pesquisa, coletar a assinatura no TCLE e pela coleta de dados.

Agradecemos sua colaboração e solicitamos que todas as questões sejam respondidas.

---

***Atenção: A maioria das questões do questionário admite apenas uma resposta. Neste caso, as respostas estão codificadas com números. As questões que admitem mais de uma resposta contêm o aviso “admite mais de uma resposta” e as respostas são listadas com letras.***

---

<sup>1</sup> Questionário adaptado de: GIOVANELA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, MHM. **Estudos de caso sobre implementação da Estratégia Saúde da Família em Quatro Grandes Centros Urbanos**. Relatório final - Belo Horizonte. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Ministério da Saúde. 2009.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### AUXILIARES/TÉCNICOS EM ENFERMAGEM

O(a) Senhor(a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UBERLÂNDIA: aplicação e análise de uma metodologia de avaliação de unidades básicas de saúde da família e satisfação dos usuários**”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Julio Cesar de Lima Ramires e Maria José Rodrigues, aprovado no Comitê de Ética na Pesquisa com o parecer 668/2011 .

Nesta pesquisa nós estamos buscando entender o modelo assistencial da atenção básica em saúde a partir da implementação da Estratégia Saúde da Família no município de Uberlândia 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.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário auto-preenchível com informações sobre sua inserção e capacitação na Estratégia Saúde da Família; trabalho em equipe; avaliação da integração/coordenação e continuidade dos cuidados; desenvolvimento de ações intersetoriais; estabelecimento e valorização de vínculos com a comunidade.

Em nenhum momento o(a) Senhor(a) será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. O(a) Senhor(a) não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento o(a) Sr.(a) poderá desistir e retirar seu consentimento. Participar da pesquisa não lhe trará nenhum benefício individual e tampouco qualquer prejuízo. Contudo, poderá contribuir para melhorar o conhecimento sobre a situação do Programa Saúde da Família no município de Uberlândia e para melhorar a política de atenção básica no município.

O(a) Senhor(a) é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o(a) Senhor(a). Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, o(a) Senhor(a) poderá entrar em contato com: Julio Cesar de Lima Ramires pelo telefone 3239 4169 ramal 15 ou no endereço: Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, 2121 - Campus Santa Mônica - Instituto de Geografia - bloco 1H sala 1H29. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 3239 4131.

Uberlândia, ..... de .....de 2012

---

Julio Cesar de Lima Ramires/Maria José Rodrigues

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

---

## A. PERFIL DO PROFISSIONAL

### A1. Sexo:

1. ☐ Feminino
2. ☐ Masculino

### A2. Idade: \_\_\_\_\_ anos

### A3. Formação. Assinale uma única opção, considerando sua maior escolaridade.

1. ☐ Ensino fundamental (primeiro grau) completo
2. ☐ Ensino médio (segundo grau) completo
3. ☐ Ensino superior (terceiro grau) completo
9. ☐ Não sabe informar

### A4. Você esta estudando atualmente?

1. ☐ Sim. Qual série/curso está fazendo? \_\_\_\_\_
2. ☐ Não. Há quanto tempo parou de estudar? \_\_\_\_ ano(s)

### A5.a Há quanto tempo completou o curso de Auxiliar de Enfermagem? \_\_\_\_\_ ano(s)

### A5.b Há quanto tempo completou o curso de Técnico de Enfermagem? \_\_\_\_\_ ano(s)

### A6. Antes de trabalhar nesta equipe saúde da família, possuía experiência anterior em trabalho no PSF?

1. ☐ Sim, neste mesmo município.
2. ☐ Sim, em outro município
3. ☐ Sim, em outro estado
4. ☐ Não teve experiência anterior

## B. INSERÇÃO E CAPACITAÇÃO NO PSF

### B1. Há quanto tempo você atua no PSF neste município?

1. ☐ Até 6 meses
2. ☐ De 7 meses a 12 meses
3. ☐ De 13 meses a 24 meses
4. ☐ De 2 a 5 anos
5. ☐ Mais de 5 anos

### B2. Você vem atuando no PSF neste município:

1. ☐ Sempre nesta mesma equipe
2. ☐ Em mais de uma equipe do PSF neste município, tendo mudado por necessidade gerencial
3. ☐ Em mais de uma equipe do PSF neste município, tendo mudado a seu pedido

### B3. Você já trabalhava na Secretaria Municipal de Saúde deste município?

1. ☐ Sim.
2. ☐ Não (VÁ PARA B5)

### B4. Onde?

1. ☐ Posto/Centro de Saúde
2. ☐ Ambulatório especializado
3. ☐ Hospital
4. ☐ Nível de gestão municipal
5. ☐ Outro.

### B5. Por que escolheu trabalhar no PSF? (*Admite mais de uma resposta*)

- a. ☐ Por estar desempregado
- b. ☐ Por se sentir motivado para trabalhar com a comunidade
- c. ☐ Por trabalhar próximo à residência
- d. ☐ Por suas atribuições serem compatíveis com a sua escolaridade
- e. ☐ Porque é um mercado de trabalho promissor, com salário diferenciado
- f. ☐ Porque recebe outros benefícios (salário alimentação, auxílio transporte, etc.)
- g. ☐ Por se identificar com a proposta do PSF no município
- h. ☐ Por compartilhar da idéia que a estratégia do PSF pode resolver as necessidades de saúde da comunidade e organizar a atenção de saúde
- i. ☐ Outro. Especifique

### B6. Como você ingressou no PSF?

1. ☐ Indicação da Associação de Moradores ou outra entidade comunitária
2. ☐ Indicação de outro profissional da ESF (qualquer categoria)
3. ☐ Processo seletivo da Missão Sal da Terra
4. ☐ Processo seletivo da Fundação Maçônica
5. ☐ Concurso público
6. ☐ Indicação política (de prefeito, vereador)
7. ☐ Indicação de gestores
8. ☐ Outro.

### B7. Para seu ingresso, que mecanismos de seleção foram utilizados? (*Admite mais de uma resposta*)

- a. ☐ Carta de apresentação de Associação de Moradores para a Secretaria Municipal de Saúde atestando a sua residência na comunidade
- b. ☐ Entrevista
- c. ☐ Análise de currículo
- d. ☐ Prova escrita
- e. ☐ Prova prática
- f. ☐ Desempenho no curso introdutório
- g. ☐ Outro.

### B8. Com quem é estabelecido seu contrato de trabalho?

1. ☐ Secretaria Municipal de Saúde / Prefeitura Municipal de Saúde
2. ☐ Fundação Maçônica Manoel dos Santos
3. ☐ Missão Sal da Terra
4. ☐ Organização Não Governamental (ONG)
5. ☐ Associação de moradores
6. ☐ Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP)
7. ☐ Cooperativa de trabalhadores
8. ☐ Fundação de apoio
9. ☐ Outra.
10. ☐ Não tenho contrato de trabalho (VÁ PARA B10)
99. ☐ Não sabe informar

<p><b>B9.</b> Qual a forma de contrato de trabalho?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Estatutário</li> <li><input type="checkbox"/> Celetista / CLT</li> <li><input type="checkbox"/> Contrato por regime especial temporário</li> <li><input type="checkbox"/> RPA – Recibo de pagamento autônomo</li> <li><input type="checkbox"/> Cargo comissionado</li> <li><input type="checkbox"/> Bolsista</li> <li><input type="checkbox"/> Outra.</li> <li><input type="checkbox"/> Não sabe informar</li> </ol> <p><b>B10.</b> Qual a sua carga horária no PSF?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 20 horas semanais</li> <li><input type="checkbox"/> 30 horas semanais</li> <li><input type="checkbox"/> 40 horas semanais, com dedicação exclusiva</li> <li><input type="checkbox"/> 40 horas semanais, com flexibilidade para outra atividade</li> <li><input type="checkbox"/> Outra.</li> </ol> <p><b>B11.</b> Sua remuneração total <b>bruta</b> no PSF está na faixa de:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Até R\$ 400,00</li> <li><input type="checkbox"/> De R\$ 401,00 até R\$ 600,00</li> <li><input type="checkbox"/> De R\$ 601,00 até R\$ 800,00</li> <li><input type="checkbox"/> De R\$ 801,00 até R\$ 1.000,00</li> <li><input type="checkbox"/> Mais de R\$ 1.000,00</li> </ol> <p><b>B12.</b> Sua remuneração inclui alguma forma de benefício ou complementação salarial para atuação no PSF?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sim.</li> <li><input type="checkbox"/> Não (VÁ PARA B14)</li> </ol> <p><b>B13.</b> De que tipo? (<b>Admite mais de uma resposta</b>)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Insalubridade</li> <li><input type="checkbox"/> Auxílio transporte</li> <li><input type="checkbox"/> Auxílio alimentação</li> <li><input type="checkbox"/> Para atuação em área de risco</li> <li><input type="checkbox"/> Por desempenho</li> <li><input type="checkbox"/> Outras.</li> </ol> <p><b>B14.</b> Considera sua remuneração compatível com as suas atribuições?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sim</li> <li><input type="checkbox"/> Não</li> </ol> <p><b>B15.</b> Tem outro vínculo de trabalho?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sim. Carga horária semanal? _____</li> <li><input type="checkbox"/> Não (VÁ PARA B17)</li> </ol> <p><b>B16.</b> Esse outro vínculo é em:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hospital público</li> <li><input type="checkbox"/> Clínica/Ambulatório</li> <li><input type="checkbox"/> Centro/Posto de Saúde</li> <li><input type="checkbox"/> Acompanhamento de doentes em domicílios</li> <li><input type="checkbox"/> Pronto-socorro/ emergência</li> <li><input type="checkbox"/> Outro serviço de saúde</li> <li><input type="checkbox"/> Outro serviço.</li> </ol>	<p><b>B17.</b> Para realizar as atividades dos auxiliares de enfermagem no PSF é fundamental: (<b>Admite mais de uma resposta</b>)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ter treinamento para conhecer competências e atribuições dos membros da ESF</li> <li><input type="checkbox"/> Ter supervisão em serviço sob a liderança da enfermeira</li> <li><input type="checkbox"/> Ter capacitação permanente para ações focalizadas sobre os grupos de risco</li> <li><input type="checkbox"/> Fazer vínculo com a comunidade.</li> <li><input type="checkbox"/> Outra.</li> </ol> <p><b>B18.</b> Você recebeu um curso introdutório como parte da capacitação antes de integrar no PSF?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sim Qual a carga horária? _____</li> <li><input type="checkbox"/> Não. (VÁ PARA B 21)</li> </ol> <p><b>B19.</b> Na sua avaliação este curso introdutório ou capacitação foi suficiente para você exercer suas funções?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sim (VÁ PARA B21)</li> <li><input type="checkbox"/> Não.</li> </ol> <p><b>B20.</b> Por quê? (<b>Admite mais de uma resposta</b>)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Carga horária insuficiente</li> <li><input type="checkbox"/> Conteúdo inadequado</li> <li><input type="checkbox"/> Professores não preparados</li> <li><input type="checkbox"/> Linguagem excessivamente técnica</li> <li><input type="checkbox"/> Outro.</li> </ol> <p><b>B21.</b> Além do curso introdutório, realizou algum outro curso com enfoque em Saúde da Família?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sim. Qual a carga horária? _____</li> <li><input type="checkbox"/> Não</li> </ol> <p><b>B22.</b> Que ações de educação permanente você participa? (<b>Admite mais de uma resposta</b>)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Treinamento em serviço</li> <li><input type="checkbox"/> Supervisão técnica sob liderança da enfermeira</li> <li><input type="checkbox"/> Capacitação para ações focalizadas sobre os grupos de risco</li> <li><input type="checkbox"/> Cursos de reciclagem</li> <li><input type="checkbox"/> Palestras</li> <li><input type="checkbox"/> Discussões periódicas de casos na ESF</li> <li><input type="checkbox"/> Reuniões periódicas das ESF</li> <li><input type="checkbox"/> Outra.</li> <li><input type="checkbox"/> Não participo de nenhuma atividade de educação permanente (VÁ PARA B25)</li> </ol> <p><b>B23.</b> Quem define os temas abordados na educação permanente?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> A coordenação municipal do PSF</li> <li><input type="checkbox"/> A coordenação do núcleo do PSF</li> <li><input type="checkbox"/> A ESF em conjunto</li> <li><input type="checkbox"/> Os profissionais de nível superior da ESF</li> <li><input type="checkbox"/> O profissional de enfermagem que assume função de supervisão</li> <li><input type="checkbox"/> Outra.</li> </ol>
--	--

**B24.** A sua participação nas atividades de educação permanente é obrigatória?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

**B25.** Você foi capacitado para atuar considerando a diversidade sócio-cultural da comunidade (ex.: concepções de saúde-doença, nível socioeconômico, idioma etc.)

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

**B26.** Você foi treinado para a coleta e análise de dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB)?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

### **C. ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)**

**C1.** Indique quantas equipes de saúde da família trabalham nesta unidade de saúde: \_\_\_\_\_ (nº. ESF)

**C2.** Qual é o horário de funcionamento da Unidade de Saúde da Família?

Das \_\_\_\_\_ horas às \_\_\_\_\_ horas  
Das \_\_\_\_\_ horas às \_\_\_\_\_ horas

**C3.** Algum profissional da equipe exerce a função de coordenação da ESF?

1. ( ) Sim.
2. ( ) Não (VÁ PARA C5)

**C4.** Quem é o coordenador da sua equipe de saúde da família?

1. ( ) O médico
2. ( ) O enfermeiro
3. ( ) Outro profissional.
4. ( ) Não tem coordenador
9. ( ) Não sabe informar

**C5.** O que orienta a realização da programação das ações desenvolvidas pela sua equipe de saúde da família (**Admite mais de uma resposta**)

- a. ( ) Dados do SIAB
- b. ( ) Normas do Ministério da Saúde
- c. ( ) Orientação da Secretaria Municipal de Saúde
- d. ( ) Diagnóstico da comunidade
- e. ( ) Decisão da equipe a partir do perfil epidemiológico da população e da realidade local
- f. ( ) Demandas da população
- g. ( ) Disponibilidade de espaço físico
- h. ( ) Dados de outros sistemas de informação
- i. ( ) Outros.
- j. ( ) Não sabe informar

**C6.** Quem participa regularmente da realização da programação? (**Admite mais de uma resposta**)

- a. ( ) Médicos
- b. ( ) Enfermeiros
- c. ( ) Odontólogos
- d. ( ) ACS
- e. ( ) THD
- f. ( ) ACD
- g. ( ) Auxiliares de enfermagem
- h. ( ) Coordenação municipal do PSF
- i. ( ) Coordenações de núcleo do PSF
- j. ( ) Outros.

**C7.** Com que periodicidade a programação de atividades é realizada pela sua equipe de saúde da família

1. ( ) Semanal
2. ( ) Quinzenal
3. ( ) Mensal
4. ( ) Sem regularidade
5. ( ) Não realiza programação

**C8.** Que usos sua equipe de saúde da família faz dos dados coletados pelo SIAB? (**Admite mais de uma resposta**)

- a. ( ) Remete mensalmente a Secretaria Municipal de Saúde
- b. ( ) Analisa os dados para a tomada de decisões
- c. ( ) Discute os dados com a coordenação do PSF
- d. ( ) Discute com a comunidade os dados
- e. ( ) Discute os dados com outros órgãos governamentais
- f. ( ) Discute os dados entre a equipe
- g. ( ) Não sabe informar

**C9.** A sua equipe de saúde da família estabelece alguma prioridade no atendimento da população cadastrada?

1. ( ) Sim.
2. ( ) Não (VÁ PARA C11)

**C10.** Quais as ações prioritárias de sua equipe? (**Admite mais de uma resposta**)

- a. ( ) Atenção à criança
- b. ( ) Atenção ao adolescente
- c. ( ) Atenção aos idosos
- d. ( ) Atenção pré-natal
- e. ( ) Atenção ao puerpério
- f. ( ) Planejamento familiar
- g. ( ) Controle de câncer uterino
- h. ( ) Controle de DST/Aids
- i. ( ) Controle da diabetes
- j. ( ) Controle da hipertensão
- k. ( ) Controle da tuberculose
- l. ( ) Controle da hanseníase
- m. ( ) Controle da dengue
- n. ( ) Saúde bucal
- o. ( ) Outros.

**C11.** A partir de sua experiência de trabalho nos últimos 30 dias, registre a frequência que você realiza as atividades abaixo relacionadas:

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
a. Trabalho de campo desenvolvendo atividades dirigidas para as famílias	1	2	3	4	5	6
b. Trabalho de campo desenvolvendo atividades dirigidas para a comunidade em geral	1	2	3	4	5	6
c. Atividades de capacitação continuada	1	2	3	4	5	6
d. Atividades de administração e gerência	1	2	3	4	5	6
e. Reunião de equipe	1	2	3	4	5	6
f. Ações de educação e vigilância à saúde	1	2	3	4	5	6
g. Agendamento de consultas na própria USF	1	2	3	4	5	6
h. Agendamento de consultas especializadas	1	2	3	4	5	6
i. Realização de consulta	1	2	3	4	5	6
j. Aplicação de vacinas	1	2	3	4	5	6
k. Realização de curativos	1	2	3	4	5	6
l. Aplicação de injeção	1	2	3	4	5	6
m. Inalação	1	2	3	4	5	6
n. Pesagem de crianças	1	2	3	4	5	6
o. Fornecimento de leite e óleo para desnutridos	1	2	3	4	5	6
p. Acompanhar as consultas médicas ou de enfermagem quando necessário	1	2	3	4	5	6
q. Atendimento específico em casos de acidentes de trabalho	1	2	3	4	5	6
r. Notificar acidentes de trabalho	1	2	3	4	5	6
s. Notificar doenças de vigilância epidemiológica	1	2	3	4	5	6
t. Realizar visitas e procedimentos de auxiliar de enfermagem nos domicílios	1	2	3	4	5	6
u. Visitar doentes em casos de urgências	1	2	3	4	5	6
v. Levantamento das necessidades da população na área de saneamento e meio ambiente	1	2	3	4	5	6
x. Organização de grupos de usuários	1	2	3	4	5	6
y. Preencher formulários de informações para o SIAB	1	2	3	4	5	6
z. Reuniões de equipe	1	2	3	4	5	6
aa. Reuniões com a coordenação /supervisão	1	2	3	4	5	6
ac. Outros.	1	2	3	4	5	6

<b>C12.</b> A visita domiciliar realizada pelo auxiliar de enfermagem é feita em conjunto com os outros profissionais? 1. ( ) Sim. 2. ( ) Não (VÁ PARA C14) 3. ( ) Não realiza visitas (VÁ PARA C14)		<b>C13.</b> Qual profissional? ( <i>Admite mais de uma resposta</i> ) a. ( ) Médico b. ( ) Enfermeiro c. ( ) ACS				
<b>C14.</b> Que instrumentos você usa para facilitar seu trabalho e com que frequência você os utiliza?						
<b>Instrumentos</b>						
a. Plano de metas?	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não usa	6. ( ) Não conhece
b. Programação semanal	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não usa	6. ( ) Não conhece
c. Reunião de equipe	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não usa	6. ( ) Não conhece
d. Mapa da área	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não usa	6. ( ) Não conhece
e. Diagnóstico da comunidade	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não usa	6. ( ) Não conhece
f. Cadastro das famílias	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não usa	6. ( ) Não conhece
g. Relatórios Consolidados de Informações do SIAB	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não usa	6. ( ) Não conhece
h. Outro.	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não usa	6. ( ) Não conhece
<b>C15.</b> Avalie como se realiza o trabalho em sua equipe:						
<b>Trabalho em equipe</b>						
a) O relacionamento é bom e respeitoso	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar	
b) A relação é conflituosa	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar	
c) A equipe organiza de forma conjunta, a programação das atividades da equipe.	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar	
d) A equipe apresenta dificuldades tanto no trabalho interno quanto no trabalho com a comunidade	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar	
e) A equipe tem capacidade de rever suas rotinas e procedimentos	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar	
f) A equipe trabalha voltada para uma rotina pré-estabelecida	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar	
g) A equipe estimula a participação da comunidade	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar	
h) O auxiliar de enfermagem têm um papel importante nas reuniões de equipe e nas atividades realizadas	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar	
i) A equipe atua entre as necessidades da comunidade apontadas pelo trabalho dos ACS	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar	
j) Outro.	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar	

**C16.** Com que frequência o desempenho das atividades da sua equipe saúde da família em sua micro-área é dificultado pela ocorrência de alguns destes fatores?

<b>Dificuldades</b>					
a) Difícil acesso dos profissionais ao território: falta de arruamento, isolamento de algumas residências, acidentes geográficos, etc.	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar
b) Gravidade dos riscos sociais no âmbito da comunidade (desemprego, violência, tráfico de drogas, etc.)	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar
c) Demanda maior do que a capacidade de resposta da sua equipe saúde da família	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar
d) Quantidade excessiva de membros individuais nos grupos familiares em relação ao padrão proposto	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar
e) Forte demanda por atendimento médico	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar
f) Uso inadequado dos serviços de saúde	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar
g) Fragilidade dos vínculos dentro da equipe	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar
h) Fragilidade dos vínculos com a comunidade	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar
i) Rotatividade dos profissionais	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar
j) Baixa mobilização dos usuários para participar das atividades propostas pela ESF	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar
k) Baixa mobilização da comunidade para participar nos Conselhos Locais de Saúde	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar
l) Inadequação do processo de planejamento e programação de atividades	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar

**C17.** Na sua equipe de saúde da família existe supervisão:

1. ( ) Sim
2. ( ) Não (VÁ PARA C22)

**C18.** A supervisão é realizada:

1. ( ) Para cada ESF
2. ( ) Para cada categoria profissional
3. ( ) Para a ESF e para cada categoria profissional

**C19.** Qual o profissional responsável por esta supervisão? (**Admite mais de uma resposta**)

- a. ( ) Médico da ESF
- b. ( ) Enfermeiro da ESF
- c. ( ) Outro profissional de nível superior
- d. ( ) Coordenação municipal do PSF
- e. ( ) Coordenação distrital/ zona/ regional do PSF
- f. ( ) Outra equipe multidisciplinar de nível superior
- g. ( ) Outro profissional de nível médio

**C20.** A periodicidade da supervisão é na maioria das vezes:

1. ( ) Diária
2. ( ) Semanal
3. ( ) Quinzenal
4. ( ) Mensal
5. ( ) A cada dois meses
6. ( ) A cada três ou mais meses
7. ( ) Outra.



C21. Você considera que a supervisão possibilita:					
a. Controlar a realização das atividades do auxiliar de enfermagem em relação ao Plano de Metas	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não tem opinião formada
b. Controlar a realização das atividades do auxiliar de enfermagem em relação às regras e normas estabelecidas pelo PSF	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não tem opinião formada
c. Favorecer o bom entrosamento e cooperação da equipe	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não tem opinião formada
d. Eleger temas para o planejamento das atividades de educação continuada dos auxiliares de enfermagem	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não tem opinião formada
e. Educação permanente para realização de atividades rotineiras	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não tem opinião formada
f. Acompanhar as ações dos auxiliares de enfermagem na USF e na comunidade	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não tem opinião formada
g. Apoiar e/ou orientar as ações dos auxiliares de enfermagem em relação a situações emergenciais e/ou de difícil abordagem na unidade (ex.: violência doméstica, resistências ao tratamento, doença mental, etc.)	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não tem opinião formada
h. Permitir maior participação dos auxiliares de enfermagem no processo de decisão dos níveis hierarquicamente superiores	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não tem opinião formada
i. Controlar administrativamente a frequência ao trabalho e a realização dos procedimentos de rotina evitando irregularidades que possam prejudicar a comunidade	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não tem opinião formada
j. Discutir problemas, dificuldades e demandas dos auxiliares de enfermagem e encaminhar para a coordenação do PSF	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não tem opinião formada
k. Articular a gestão e a execução das ações	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não tem opinião formada
l. Outro.	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não tem opinião formada
<b>C22. O espaço físico da USF é adequado à realização do conjunto do trabalho em equipe?</b> 1. ( ) Sim 2. ( ) Não					

## D. COORDENAÇÃO E INTEGRAÇÃO NA REDE DOS SERVIÇOS

**D1.** Qual o seu grau de concordância com as seguintes afirmações?

<b>Situações</b>					
a. A unidade de Saúde da Família é acessível a toda a população cadastrada	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda	3. ( ) Discorda	4. ( ) Discorda muito	5. ( ) Não sabe
b. O PSF vem substituindo as unidades básicas tradicionais de saúde no atendimento da população	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda	3. ( ) Discorda	4. ( ) Discorda muito	5. ( ) Não sabe
c. O PSF concentra-se em áreas pobres ou periféricas no município	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda	3. ( ) Discorda	4. ( ) Discorda muito	5. ( ) Não sabe
d. Com o PSF, a população atendida procura menos os serviços hospitalares e especializados	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda	3. ( ) Discorda	4. ( ) Discorda muito	5. ( ) Não sabe
f. A população procura primeiro a Unidade de Saúde da família quando necessita de atendimento de saúde	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda	3. ( ) Discorda	4. ( ) Discorda muito	5. ( ) Não sabe
g. A população resiste às ações das ESF	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda	3. ( ) Discorda	4. ( ) Discorda muito	5. ( ) Não sabe
h. O PSF atende apenas com agendamento prévio	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda	3. ( ) Discorda	4. ( ) Discorda muito	5. ( ) Não sabe
i. O PSF cumpre na prática as funções de pronto atendimento	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda	3. ( ) Discorda	4. ( ) Discorda muito	5. ( ) Não sabe
k. O PSF atua articulado aos programas de saúde existentes (tuberculose, hanseníase, diabetes, entre outros)	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda	3. ( ) Discorda	4. ( ) Discorda muito	5. ( ) Não sabe
l. O PSF atrai as populações de bairros vizinhos que sobrecarregam o atendimento	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda	3. ( ) Discorda	4. ( ) Discorda muito	5. ( ) Não sabe
m. O PSF tem favorecido a ação intersetorial no município para o enfrentamento de problemas identificados em sua área de atuação	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda	3. ( ) Discorda	4. ( ) Discorda muito	5. ( ) Não sabe
n. O PSF garante o atendimento em outros serviços, quando necessário	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda	3. ( ) Discorda	4. ( ) Discorda muito	5. ( ) Não sabe
o. O PSF garante a realização de exames, quando necessários	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda	3. ( ) Discorda	4. ( ) Discorda muito	5. ( ) Não sabe
p. O PSF garante a internação, quando necessária	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda	3. ( ) Discorda	4. ( ) Discorda muito	5. ( ) Não sabe
q. O PSF fornece medicamentos da Farmácia Básica suficientemente	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda	3. ( ) Discorda	4. ( ) Discorda muito	5. ( ) Não sabe
r. A sua equipe de saúde da família oferece recursos adequados ao enfrentamento dos problemas de saúde na comunidade	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda	3. ( ) Discorda	4. ( ) Discorda muito	5. ( ) Não sabe
s. O tempo médio entre o agendamento e o atendimento de consultas na UBS é elevado	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda	3. ( ) Discorda	4. ( ) Discorda muito	5. ( ) Não sabe

<p><b>D2.</b> Os atendimentos realizados nas visitas domiciliares são relatados no prontuário de saúde do usuário?</p> <p>1. ( ) Sim</p> <p>2. ( ) Não</p> <p><b>D3.</b> Você faz anotações sobre a saúde do usuário após a realização de procedimentos/atividades de saúde?</p> <p>1. ( ) Sim, no prontuário do usuário</p> <p>2. ( ) Sim, em instrumento similar ao prontuário onde os demais profissionais tem acesso</p> <p>3. ( ) Sim, anotações para uso pessoal</p> <p>4. ( ) Não faço anotações</p> <p><b>D4.</b> Você costuma procurar a família do usuário para discutir seu problema de saúde?</p> <p>1. ( ) Sim, sempre</p> <p>2. ( ) Sim, raramente</p> <p>3. ( ) Não</p> <p><b>D5.</b> Durante a realização de procedimentos/atividades de saúde, você normalmente pergunta sobre fatores de risco social ou condições de vida do usuário (ex. desemprego, disponibilidade de água potável, saneamento, básico etc.)?</p> <p>1. ( ) Sim, sempre</p> <p>2. ( ) Sim, raramente</p> <p>3. ( ) Não.</p> <p><b>E. INTERSETORIALIDADE</b></p> <p><b>E1.</b> Você trabalha em conjunto com outras instituições, organizações ou grupos da comunidade para realização de ações intersetoriais?</p> <p>1. ( ) Sempre</p> <p>2. ( ) Na maioria das vezes</p> <p>3. ( ) Poucas vezes</p> <p>4. ( ) Nunca</p> <p><b>E2.</b> Você participa de alguma atividade voltada para a solução /encaminhamento de problemas de sua comunidade junto com outros órgãos públicos ou entidades da sociedade?</p> <p>1. ( ) Sim.</p> <p>2. ( ) Não participa (VÁ PARA E4)</p> <p><b>E3.</b> Junto a órgãos públicos ou entidades da sociedade relacionados a que tipos de problemas? <b>(Admite mais de uma resposta)</b></p> <p>a. ( ) Escola/educação</p> <p>b. ( ) Moradia</p> <p>c. ( ) Urbanismo (ruas, praças, iluminação pública, etc.)</p> <p>d. ( ) Água</p> <p>e. ( ) Esgoto</p> <p>f. ( ) Coleta de lixo</p> <p>g. ( ) Segurança pública</p> <p>h. ( ) Transporte</p> <p>i. ( ) Geração de renda /trabalho</p> <p>j. ( ) Outro.</p>	<p><b>E4.</b> Na sua opinião, para a resolução dos problemas da comunidade, a ESF deve relacionar-se com:</p> <p>1. ( ) Órgãos de políticas públicas como educação, assistência social, saneamento e transporte</p> <p>2. ( ) Organismos não governamentais e organizações da sociedade civil</p> <p>3. ( ) As duas respostas anteriores</p> <p>4. ( ) A equipe tem condições de resolver os problemas da comunidade</p> <p>5. ( ) Não tem opinião formada</p> <p><b>E5.</b> A equipe executa as ações na sua área de atuação em parceria e/ou articulação informal com ONGs, associações, conselhos, igrejas e movimentos sociais.</p> <p>1. ( ) Sempre</p> <p>2. ( ) Na maioria das vezes</p> <p>3. ( ) Poucas vezes</p> <p>4. ( ) Nunca</p> <p><b>E6.</b> Em sua opinião, a presença das lideranças comunitárias no levantamento de informações sobre as condições de vida e saúde da comunidade foi:</p> <p>1. ( ) Forte</p> <p>2. ( ) Fraca</p> <p>3. ( ) Não houve participação das lideranças</p> <p>9. ( ) Não sabe informar</p> <p><b>E7.</b> Existem iniciativas em funcionamento da sua equipe, realizadas em conjunto com a população, com ênfase no desenvolvimento comunitário.</p> <p>1. ( ) Sempre</p> <p>2. ( ) Na maioria das vezes</p> <p>3. ( ) Poucas vezes</p> <p>4. ( ) Nunca</p> <p>9. ( ) Não sabe Informar</p> <p><b>E8.</b> Existe um Conselho Local de Saúde em sua unidade?</p> <p>1. ( ) Sim</p> <p>2. ( ) Não (VÁ PARA E12)</p> <p><b>E9.</b> Algum profissional da ESF participa no Conselho Local de Saúde como seu membro efetivo?</p> <p>1. ( ) Sim</p> <p>2. ( ) Não</p> <p><b>E10.</b> Como você avalia os trabalhos do Conselho Local de Saúde para o desenvolvimento das condições de saúde da comunidade?</p> <p>1. ( ) Muito relevante</p> <p>2. ( ) Relevante</p> <p>3. ( ) Pouco relevante</p> <p>4. ( ) Nada relevante</p> <p>5. ( ) Não sabe avaliar</p> <p><b>E11.</b> Você avalia que os trabalhos no Conselho Local de Saúde se dão:</p> <p>1. ( ) Sem conflito</p> <p>2. ( ) Com pouco conflito</p> <p>3. ( ) Com conflito</p> <p>4. ( ) Com muito conflito</p> <p>5. ( ) Não sabe avaliar</p>
---	---

**E12.** Você participa regularmente de outros fóruns de formulação da política e de ações de saúde?

1. ( ) Sim.

2. ( ) Não (VÁ PARA E14)

**E13.** Em caso positivo, quais? (*Admite mais de uma resposta*)

a. ( ) Conselho Municipal de Saúde

b. ( ) Conselho Distrital de Saúde

c. ( ) Conferência Municipal de Saúde

d. ( ) Conferência Estadual de Saúde

e. ( ) Conferência Nacional de Saúde

f. ( ) Plenárias de Conselheiros de Saúde

g. ( ) Fóruns intersetoriais

h. ( ) Outros.

**E14.** Você participa de alguma organização de representação da categoria profissional:

1. ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

2. ( ) Não.

**Obrigada por responder a este questionário.**

**Universidade Federal de Uberlândia  
Instituto de Geografia  
Programa de Pós Graduação em Geografia**

**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UBERLÂNDIA: AVALIAÇÃO SEGUNDO A  
VISÃO DE DIFERENTES ATORES**

**Questionário para Agentes Comunitários de Saúde**

Código do Questionário: \_\_\_\_\_

Município de Uberlândia

Data da Entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Código do Núcleo do PSF: \_\_\_\_\_

Código da Equipe de Saúde da  
Família: \_\_\_\_\_

---

Este questionário faz parte de uma pesquisa sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF). Sua participação é muito importante para que possamos saber como está a ESF no município de Uberlândia.<sup>1</sup>

Suas respostas serão mantidas em sigilo. Antes de responder a pesquisa o(a) Senhor (a) deverá ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que informa sobre os objetivos da pesquisa caso concorde em participar desta. A pesquisadora Maria José Rodrigues é a responsável por convidar os participantes, prestar esclarecimentos acerca da pesquisa, coletar a assinatura no TCLE e pela coleta de dados. Agradecemos sua colaboração e solicitamos que todas as questões sejam respondidas.

---

***Atenção: A maioria das questões do questionário admite apenas uma resposta. Neste caso, as respostas estão codificadas com números. As questões que admitem mais de uma resposta contêm o aviso “Admite mais de uma resposta” e as respostas são listadas com letras.***

---

<sup>1</sup> Questionário adaptado de: GIOVANELA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, MHM. **Estudos de caso sobre implementação da Estratégia Saúde da Família em Quatro Grandes Centros Urbanos**. Relatório final - Belo Horizonte. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Ministério da Saúde. 2009.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - **AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE - ACS**

O(a) Senhor(a) está sendo convidado (a) participar da pesquisa intitulada “**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UBERLÂNDIA: aplicação e análise de uma metodologia de avaliação de unidades básicas de saúde da família e satisfação dos usuários**”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Julio Cesar de Lima Ramires e Maria José Rodrigues, aprovado no Comitê de Ética na Pesquisa com o parecer 668/2011 .

Nesta pesquisa nós estamos buscando entender o modelo assistencial da atenção básica em saúde a partir da implementação da Estratégia Saúde da Família no município de Uberlândia 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.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário auto-preenchível com informações sobre sua inserção e capacitação na Estratégia Saúde da Família; trabalho em equipe; avaliação da integração/coordenação e continuidade dos cuidados; desenvolvimento de ações intersetoriais; estabelecimento e valorização de vínculos com a comunidade.

Em nenhum momento o(a) Senhor(a) será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. O(a) Senhor(a) não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento o(a) Sr.(a) poderá desistir e retirar seu consentimento. Participar da pesquisa não lhe trará nenhum benefício individual e tampouco qualquer prejuízo. Contudo, poderá contribuir para melhorar o conhecimento sobre a situação da Estratégia de Saúde da Família no município de Uberlândia e para melhorar a política de atenção básica no município.

O(a) Senhor(a) é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o(a) Senhor(a). Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, o(a) Senhor(a) poderá entrar em contato com: Julio Cesar de Lima Ramires pelo telefone 3239 4169 ramal 15 ou no endereço: Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, 2121 - Campus Santa Mônica - Instituto de Geografia - bloco 1H sala 1H29. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 3239 4131.

Uberlândia, ..... de .....de 2012

---

Julio Cesar de Lima Ramires/Maria José Rodrigues

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

---

Participante da pesquisa

## A. PERFIL DO PROFISSIONAL

### A1. Sexo:

1. ☐ Feminino
2. ☐ Masculino

### A2. Idade: \_\_\_\_\_ anos

### A3. Formação. **Assinale uma única opção, considerando sua maior escolaridade.**

1. ☐ Ensino fundamental (primeiro grau) completo
2. ☐ Ensino médio (segundo grau) completo
3. ☐ Ensino superior (terceiro grau) completo
4. ☐ Não concluiu o ensino fundamental
9. ☐ Não sabe informar

### A4. Você está estudando atualmente?

1. ☐ Sim. Qual série/curso está fazendo?

2. ☐ Não. Há quanto tempo parou de estudar? \_\_\_\_ ano(s)

### A5. Antes de trabalhar nesta equipe de saúde da família, possuía experiência anterior em trabalho no PSF?

1. ☐ Sim, neste mesmo município.
2. ☐ Sim, em outro município
3. ☐ Sim, em outro estado
4. ☐ Não teve experiência anterior

### A7. Já realizou outro tipo de atividade comunitária?

1. ☐ Sim. Por quanto tempo? \_\_\_\_ ano(s)  
Qual o tipo de atividade?

2. ☐ Não

## B. INSERÇÃO E CAPACITAÇÃO NO PSF

### B1. Há quanto tempo você atua no PSF neste município?

1. ☐ Até 6 meses
2. ☐ De 7 meses a 12 meses
3. ☐ De 13 meses a 24 meses
4. ☐ De 2 a 5 anos
5. ☐ Mais de 5 anos

### B2. Você vem atuando no PSF neste município:

1. ☐ Sempre nesta mesma equipe
2. ☐ Em mais de uma equipe do PSF neste município tendo mudado por necessidade gerencial
3. ☐ Em mais de uma equipe do PSF neste município tendo mudado a seu pedido
4. ☐ Em mais de uma equipe do PSF neste município, tendo mudado a seu pedido e por necessidade gerencial

### B3. Por que escolheu trabalhar no PSF? (**Admite mais de uma resposta**)

- a. ☐ Por estar desempregado
- b. ☐ Por se sentir motivado para trabalhar com a comunidade
- c. ☐ Por trabalhar próximo à residência
- d. ☐ Por suas atribuições serem compatíveis com a sua escolaridade
- e. ☐ Porque é um mercado de trabalho promissor, com salário diferenciado
- f. ☐ Porque recebe outros benefícios (salário alimentação, auxílio transporte, etc.)
- g. ☐ Por se identificar com a proposta do PSF no município
- h. ☐ Por compartilhar da idéia que a estratégia do PSF pode resolver as necessidades de saúde da comunidade e organizar a atenção de saúde
- i. ☐ Outro.

### B4. Como você ingressou no PSF?

1. ☐ Indicação da Associação de Moradores ou outra entidade comunitária
2. ☐ Indicação de outro profissional da ESF (qualquer categoria)
3. ☐ Processo seletivo/concurso
4. ☐ Indicação política (de prefeito, vereador)
5. ☐ Indicação de gestores
6. ☐ Outro.

### B5. Para seu ingresso, que mecanismos de seleção foram utilizados? (**Admite mais de uma resposta**)

- a. ☐ Carta de apresentação de Associação de Moradores para Secretaria Municipal de Saúde atestando a sua residência na comunidade.
- b. ☐ Entrevista
- c. ☐ Prova escrita
- d. ☐ Prova prática
- e. ☐ Desempenho no curso introdutório
- f. ☐ Comprovante de residência na área
- g. ☐ Outro.

### B6. Com quem é estabelecido seu contrato de trabalho?

1. ☐ Secretaria Municipal de Saúde / Prefeitura Municipal
2. ☐ Fundação Maçônica Manoel dos Santos
3. ☐ Missão Sal da Terra
4. ☐ Organização Não Governamental (ONG)
5. ☐ Associação de moradores
6. ☐ Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP)
7. ☐ Cooperativa de trabalhadores
8. ☐ Fundação de apoio
9. ☐ Outra.
10. ☐ Não tenho contrato de trabalho (VÁ PARA B8)
99. ☐ Não sabe informar

**B7.** Qual a forma de contrato de trabalho?

1. ☐ Estatutário
2. ☐ Celetista / CLT
3. ☐ Contrato por regime especial temporário
4. ☐ RPA – Recibo de pagamento autônomo
5. ☐ Cargo comissionado
6. ☐ Bolsista
7. ☐ Outro.
8. ☐ Não sabe informar

**B8.** Qual a sua carga horária no PSF?

1. ☐ 20 horas semanais
2. ☐ 40 horas semanais, com dedicação exclusiva
3. ☐ 40 horas semanais, com flexibilidade para outra atividade
4. ☐ Outra.

**B9.** Tem outro vínculo de trabalho?

1. ☐ Sim. Carga horária semanal \_\_\_\_\_
2. ☐ Não

**B10.** Sua remuneração total **bruta** no PSF está na faixa de:

1. ☐ Até R\$ 400,00
2. ☐ De R\$ 401,00 até R\$ 600,00
3. ☐ De R\$ 601,00 até R\$ 800,00
4. ☐ De R\$ 801,00 até R\$ 1.000,00
5. ☐ Mais de R\$ 1.000,00

**B11.** Sua remuneração inclui alguma forma de benefício ou complementação salarial para atuação no PSF?

1. ☐ Sim.
2. ☐ Não (VÁ PARA B13)

**B12.** De que tipo? (*Admite mais de uma resposta*)

- a. ☐ Insalubridade
- b. ☐ Auxílio transporte
- c. ☐ Auxílio alimentação
- d. ☐ Para atuação em área de risco
- e. ☐ Por desempenho
- f. ☐ Outras.

**B13.** Considera seu salário compatível com as suas atribuições?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não

**B14.** Você recebeu um curso introdutório como parte da capacitação antes de integrar no PSF?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não (VÁ PARA B17)

**B15.** Na sua opinião, este curso introdutório ou capacitação foi suficiente para você exercer suas funções?

1. ☐ Sim (VÁ PARA B17)
2. ☐ Não

**B16.** Por quê? (*Admite mais de uma resposta*)

- a. ☐ Carga horária insuficiente
- b. ☐ Conteúdo inadequado
- c. ☐ Professores não preparados
- d. ☐ Linguagem excessivamente técnica
- e. ☐ Outro.

**B17.** Além do curso introdutório, realizou algum outro curso com enfoque em Saúde da Família?

1. ☐ Sim. Qual a carga horária? \_\_\_\_\_
2. ☐ Não

**B18.** Que ações de educação permanente você participa? (*Admite mais de uma resposta*)

- a. ☐ Treinamento em serviço
- b. ☐ Supervisão técnica sob liderança da enfermeira
- c. ☐ Capacitação para ações focalizadas sobre os grupos de risco
- d. ☐ Cursos de reciclagem
- e. ☐ Palestras
- f. ☐ Discussões periódicas de casos na ESF
- g. ☐ Reuniões periódicas das ESF
- h. ☐ Outra.
- i. ☐ Não participo de nenhuma atividade de educação permanente (VÁ PARA B20)

**B19.** Quem define os temas abordados na educação permanente? (*Admite mais de uma resposta*)

- a. ☐ A coordenação municipal do PSF
- b. ☐ A coordenação nuclear do PSF
- c. ☐ A ESF em conjunto
- d. ☐ Os profissionais de nível superior da ESF
- e. ☐ O profissional de enfermagem que assume função de supervisão
- f. ☐ Outra.

**B20.** A sua participação nas atividades de educação permanente é obrigatória?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não

**B21.** Você recebeu capacitação específica para: (*Admite mais de uma resposta*)

- a. ☐ Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil
- b. ☐ Alimentação saudável
- c. ☐ Prevenção de DST e AIDS
- d. ☐ Imunização infantil
- e. ☐ Reidratação oral (soro caseiro)
- f. ☐ Aleitamento materno
- g. ☐ Planejamento familiar
- h. ☐ Prevenção do câncer de colo de útero
- i. ☐ Controle de hipertensão
- j. ☐ Controle de diabetes
- k. ☐ Cuidado de idosos
- l. ☐ Controle da tuberculose
- m. ☐ Controle da hanseníase
- n. ☐ Outra capacitação importante
- o. ☐ Não recebeu capacitação



**B22.** Você foi capacitado para atuar considerando a diversidade sócio-cultural da comunidade (ex.: concepções de saúde-doença, nível socioeconômico, idioma etc.)

1. ☐ Sim
2. ☐ Não

**B23.** Você foi treinado para a coleta, avaliação e análise de dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB)?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não

### **C. ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)**

**C1.** Indique quantas equipes de saúde da família trabalham nesta unidade de saúde: \_\_\_\_\_  
(nº ESF)

**C2.** Qual é o horário de funcionamento da Unidade Saúde da Família?

Das \_\_\_\_\_ horas às \_\_\_\_\_ horas  
Das \_\_\_\_\_ horas às \_\_\_\_\_ horas

**C3.** Algum profissional exerce a função de coordenação da Equipe Saúde da Família?

1. ☐ Sim.
2. ☐ Não (VÁ PARA C5)

**C4.** Quem é o coordenador da sua Equipe Saúde da Família?

1. ☐ O médico
2. ☐ O enfermeiro
3. ☐ Outro profissional.
99. ☐ Não sabe informar

**C5.** O que orienta a realização da programação das ações desenvolvidas pela sua Equipe Saúde da Família? **(Admite mais de uma resposta)**

- a. ☐ Dados do SIAB
- b. ☐ Normas do Ministério da Saúde
- c. ☐ Orientação da SMS
- d. ☐ Diagnóstico da unidade
- e. ☐ Decisão da equipe a partir do perfil epidemiológico da população e da realidade local
- f. ☐ Demandas da população
- g. ☐ Disponibilidade de espaço físico
- h. ☐ Dados de outros sistemas de informação
- i. ☐ Outros.
- j. ☐ Não sabe informar

**C6.** Quem participa regularmente da realização da programação? **(Admite mais de uma resposta)**

- a. ☐ Médicos
- b. ☐ Enfermeiros
- c. ☐ Odontólogos
- d. ☐ ACS
- e. ☐ THD
- f. ☐ ACD
- g. ☐ Auxiliares de enfermagem
- h. ☐ Coordenação municipal do PSF
- i. ☐ Coordenações de núcleo do PSF
- j. ☐ Outros.

**C7.** Com que periodicidade a programação de atividades é realizada pela sua equipe de saúde da família

1. ☐ Semanal
2. ☐ Quinzenal
3. ☐ Mensal
4. ☐ Sem regularidade
5. ☐ Não realiza programação

**C8.** A sua ESF costuma utilizar os dados coletados pelo SIAB para: **(Admite mais de uma resposta)**

- a. ☐ Somente para remetê-los à Secretaria Municipal de Saúde
- b. ☐ Analisa os dados nas reuniões de equipe de saúde da família
- c. ☐ Discute os dados com a coordenação do PSF
- d. ☐ Discute os dados com a comunidade
- e. ☐ Discute os dados com outros órgãos governamentais
- f. ☐ Outro.
- g. ☐ Não sabe informar

**C9.** A sua ESF estabelece alguma prioridade no atendimento da população cadastrada?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não (VÁ PARA C11)

**C10.** Quais as ações prioritárias de sua ESF? **(Admite mais de uma resposta)**

- a. ☐ Atenção à criança
- b. ☐ Atenção ao adolescente
- c. ☐ Atenção aos idosos
- d. ☐ Atenção pré-natal
- e. ☐ Atenção ao puerpério
- f. ☐ Planejamento familiar
- g. ☐ Controle de câncer uterino
- h. ☐ Controle de DST/Aids
- i. ☐ Controle de diabetes
- j. ☐ Controle de hipertensão
- k. ☐ Controle de tuberculose
- l. ☐ Controle de hanseníase
- m. ☐ Controle da dengue
- n. ☐ Saúde bucal
- o. ☐ Outros.

**C11.** A partir de sua experiência de trabalho nos últimos 30 dias, registre quantas vezes na semana você realiza as atividades abaixo relacionada

<b>Atividades</b>	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
a) Trabalho de campo desenvolvendo atividades dirigidas para as famílias	1	2	3	4	5	6
b) Trabalho de campo desenvolvendo atividades dirigidas para a comunidade em geral	1	2	3	4	5	6
c) Atividades de capacitação continuada	1	2	3	4	5	6
d) Atividades de administração	1	2	3	4	5	6
e) Reunião de equipe	1	2	3	4	5	6
f) Visita domiciliar	1	2	3	4	5	6
g) Atualização do cadastro	1	2	3	4	5	6
h) Identificação das famílias de risco	1	2	3	4	5	6
i) Busca ativa de grupos prioritários	1	2	3	4	5	6
j) Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil	1	2	3	4	5	6
k) Acompanhamento à gestantes	1	2	3	4	5	6
l) Prevenção de DST e AIDS	1	2	3	4	5	6
m) Prevenção da dengue	1	2	3	4	5	6
n) Informa sobre imunização infantil	1	2	3	4	5	6
o) Informa sobre reidratação oral (soro caseiro)	1	2	3	4	5	6
p) Incentivo ao aleitamento materno	1	2	3	4	5	6
q) Informa sobre planejamento familiar	1	2	3	4	5	6
r) Informa sobre alimentação saudável	1	2	3	4	5	6
s) Prevenção do câncer de colo de útero	1	2	3	4	5	6
t) Controle de hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase	1	2	3	4	5	6
u) Cuidado de idosos	1	2	3	4	5	6
v) Acompanhamento das consultas médicas e de enfermagem domiciliares	1	2	3	4	5	6
w) Levantamento das necessidades da população na área de saneamento e meio ambiente	1	2	3	4	5	6
y) Desenvolvimento de ações de educação e vigilância à saúde	1	2	3	4	5	6
x) Agendamentos e encaminhamentos necessários	1	2	3	4	5	6
z) Levantamento dos problemas de saúde da população adscrita	1	2	3	4	5	6
aa) Organização de grupos de usuários	1	2	3	4	5	6
ab) Preenchimento dos formulários de informações para o SIAB	1	2	3	4	5	6
ac) Reuniões com a coordenação/supervisão	1	2	3	4	5	6
ad) Busca dos faltosos a consultas agendadas na unidade	1	2	3	4	5	6
ae) Outros.	1	2	3	4	5	6

<b>C12. Número de famílias sob sua responsabilidade:</b> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>	<b>C13. Com que frequência você <u>geralmente</u> realiza visita domiciliar a cada família? (ADMITE APENAS UMA RESPOSTA)</b> 1. ( ) Mais de uma vez por mês 2. ( ) Uma vez por mês 3. ( ) A cada 45 dias 4. ( ) A cada dois meses 5. ( ) A cada três ou mais meses 6. ( ) Outra.
---	--

<b>C14. Que instrumentos você usa para facilitar seu trabalho e com que frequência você os utiliza?</b>						
<b>Instrumentos</b>						
a. Plano de metas	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não usa	6. ( ) Não conhece
b. Programação semanal	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não usa	6. ( ) Não conhece
c. Reunião de equipe	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não usa	6. ( ) Não conhece
d. Mapa da área	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não usa	6. ( ) Não conhece
e. Diagnóstico da comunidade	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não usa	6. ( ) Não conhece
f. Cadastro das famílias	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não usa	6. ( ) Não conhece
g. Relatórios Consolidados de Informações do SIAB	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não usa	6. ( ) Não conhece
h. Outro.	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não usa	6. ( ) Não conhece

<b>C15. Avalie como se realiza o trabalho em sua equipe:</b>					
<b>Trabalho em equipe</b>					
a. O relacionamento é bom e respeitoso	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar
b. A relação é conflituosa	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar
c. A equipe organiza de forma conjunta, a programação das atividades da equipe	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar
d. A equipe apresenta dificuldades tanto no trabalho interno quanto no trabalho com a comunidade	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar
e. A equipe tem capacidade de rever suas rotinas e procedimentos	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar
f. A equipe trabalha voltada para uma rotina pré-estabelecida	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar
g. A equipe estimula a participação da comunidade	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar
h. Os auxiliares têm um papel importante nas reuniões de equipe e nas atividades realizadas	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar
i. Outro.	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar

<b>Dificuldades</b>					
a. Dificil acesso dos profissionais ao território: falta de arruamento, isolamento de algumas residências, acidentes geográficos, etc.	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe
b. Gravidade dos riscos sociais no âmbito da comunidade (desemprego, violência, tráfico de drogas, etc.)	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe
c. Grande densidade populacional em relação ao padrão do programa	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe
d. Quantidade excessiva de membros individuais nos grupos familiares em relação ao padrão proposto	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe
e. Forte demanda por atendimento médico	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe
f. Procura por outros serviços de saúde que não a ESF	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe
g. Conflito entre profissionais dentro da equipe	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe
h. Fragilidade dos vínculos com a família	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe
i. Alta Rotatividade dos profissionais da ESF	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe
j. Baixa mobilização dos usuários para participar das atividades propostas pela ESF	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe
k. Baixa mobilização da comunidade para participar nos Conselhos Locais de Saúde	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe
l. Inadequação do processo de planejamento e programação de atividades	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe
m. Outro.	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe

**C16.** Com que frequência o desempenho das atividades da ESF em sua micro-área é dificultado pela ocorrência de alguns destes fatores

**C17.** Na sua equipe de saúde da família existe supervisão:

1. ( ) Sim

2. ( ) Não (VÁ PARA C22)

**C18.** A supervisão é realizada:

1. ( ) Para cada ESF

2. ( ) Para cada categoria profissional

3. ( ) Para ESF e para cada categoria profissional

**C19.** Os ACS têm supervisão técnica?

1. ( ) Sim. Realizada pelo médico.

2. ( ) Sim. Realizada pelo enfermeiro.

3. ( ) Sim. Realizada pela Coordenação de Saúde da Família da SMS.

4. ( ) Sim. Realizada por outros profissionais.

5. ( ) Não (VÁ PARA C22)

**C20.** Qual é a periodicidade da supervisão?

1. ( ) Diária

2. ( ) Semanal

3. ( ) Quinzenal

4. ( ) Mensal

5. ( ) A cada dois meses

6. ( ) A cada três ou mais meses

7. ( ) Outra.

<b>C21. Você considera que a supervisão possibilita:</b>					
a. Controlar a realização das atividades do ACS em relação ao Plano de Metas	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não tem opinião formada
b. Controlar a realização das atividades do ACS em relação às regras e normas estabelecidas pelo PSF	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não tem opinião formada
c. Favorecer o bom entrosamento e cooperação da equipe	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não tem opinião formada
d. Eleger temas para o planejamento das atividades de educação continuada dos ACS	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não tem opinião formada
e. Educação permanente para realização de atividades rotineiras	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não tem opinião formada
f. Acompanhar as ações dos ACS na USF e na comunidade	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não tem opinião formada
g. Apoiar e/ou orientar as ações dos ACS em relação a situações emergenciais e/ou de difícil abordagem na unidade (ex.: violência doméstica, resistências ao tratamento, doença mental, etc.)	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não tem opinião formada
h. Permitir maior participação dos ACS no processo de decisão dos níveis hierarquicamente superiores	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não tem opinião formada
i. Controlar administrativamente a frequência ao trabalho e a realização dos procedimentos de rotina evitando irregularidades que possam prejudicar a comunidade	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não tem opinião formada
j. Discutir problemas, dificuldades e demandas dos ACSs e encaminhar para a coordenação do PSF	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não tem opinião formada
k. Articular a gestão e a execução das ações	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não tem opinião formada
l. Outro.	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não tem opinião formada

<b>C22. O espaço físico da USF é adequado à realização do trabalho em equipe?</b>	
1. ( ) Sim	
2. ( ) Não	

## D. COORDENAÇÃO E INTEGRAÇÃO NA REDE DOS SERVIÇOS

D1. Qual o seu grau de concordância com as seguintes afirmações?

Situações				
a. A unidade de Saúde da Família é acessível a toda a população cadastrada	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda em parte	3. ( ) Não concorda	4. ( ) Não sabe
b. O PSF vem substituindo as unidades básicas tradicionais de saúde no atendimento da população	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda em parte	3. ( ) Não concorda	4. ( ) Não sabe
c. O PSF concentra-se em áreas pobres ou periféricas no município	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda em parte	3. ( ) Não concorda	4. ( ) Não sabe
d. Com o PSF, a população atendida procura menos os serviços hospitalares e especializados	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda em parte	3. ( ) Não concorda	4. ( ) Não sabe
e. A população procura primeiro a Unidade de Saúde da família quando necessita de atendimento de saúde	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda em parte	3. ( ) Não concorda	4. ( ) Não sabe
f. A população procura primeiro a rede hospitalar ou de Unidades Atendimento Integrado (UAI)	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda em parte	3. ( ) Não concorda	4. ( ) Não sabe
g. A população resiste às ações das ESF	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda em parte	3. ( ) Não concorda	4. ( ) Não sabe
h. O PSF atende com exclusividade a população cadastrada	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda em parte	3. ( ) Não concorda	4. ( ) Não sabe
i. O PSF atende apenas com agendamento prévio	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda em parte	3. ( ) Não concorda	4. ( ) Não sabe
j. O PSF cumpre na prática as funções de pronto atendimento	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda em parte	3. ( ) Não concorda	4. ( ) Não sabe
k. O PSF atua articulado aos programas de saúde existentes (tuberculose, hanseníase, diabetes, entre outros)	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda em parte	3. ( ) Não concorda	4. ( ) Não sabe
l. O PSF ampliou o acesso de novas parcelas da população aos serviços de saúde no município	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda em parte	3. ( ) Não concorda	4. ( ) Não sabe
m. O PSF atrai as populações de bairros vizinhos que sobrecarregam o atendimento	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda em parte	3. ( ) Não concorda	4. ( ) Não sabe
n. O PSF tem favorecido a ação intersectorial no município para o enfrentamento de problemas identificados em sua área de atuação	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda em parte	3. ( ) Não concorda	4. ( ) Não sabe
o. O PSF garante o atendimento em outros serviços, quando necessário	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda em parte	3. ( ) Não concorda	4. ( ) Não sabe
p. O PSF garante a realização de exames, quando necessários	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda em parte	3. ( ) Não concorda	4. ( ) Não sabe
q. O PSF garante a internação, quando necessária	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda em parte	3. ( ) Não concorda	4. ( ) Não sabe
r. O PSF fornece medicamentos da Farmácia Básica suficientemente	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda em parte	3. ( ) Não concorda	4. ( ) Não sabe
s. A sua equipe de saúde da família oferece recursos adequados ao enfrentamento dos problemas de saúde na comunidade	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda em parte	3. ( ) Não concorda	4. ( ) Não sabe
t. O tempo médio entre o agendamento e o atendimento de consultas na Unidade de Saúde da família é elevado	1. ( ) Concorda muito	2. ( ) Concorda em parte	3. ( ) Não concorda	4. ( ) Não sabe

<p><b>D2.</b> As visitas domiciliares são relatadas no prontuário de saúde do usuário?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não</p> <p><b>D3.</b> Você faz anotações sobre a saúde do usuário após as visitas domiciliares (<b>Admite mais de uma resposta</b>)</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim, no prontuário do usuário</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Sim, em instrumento similar ao prontuário onde os demais profissionais tem acesso</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Sim, anotações para uso pessoal</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Não faço anotações</p>	<p><b>D4.</b> Você costuma procurar a família do usuário para discutir os problemas de saúde dele?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim, sempre</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Sim, raramente</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Não.</p> <p><b>D5.</b> Durante a visita domiciliar, você normalmente pergunta sobre fatores de risco social ou condições de vida do usuário (ex. desemprego, violência, disponibilidade de água potável, saneamento básico etc.)?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim, sempre</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Sim, raramente</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Não</p>
---	--

**D6.** Na sua opinião, a condição de ser morador da comunidade em que você atua interfere?

a) Na relação com as famílias da comunidade	1. <input type="checkbox"/> Muito	2. <input type="checkbox"/> Pouco	3. <input type="checkbox"/> Não interfere	4. <input type="checkbox"/> Não sabe
b) No acesso dos moradores aos ACS para apresentarem queixas e discutir soluções	1. <input type="checkbox"/> Muito	2. <input type="checkbox"/> Pouco	3. <input type="checkbox"/> Não interfere	4. <input type="checkbox"/> Não sabe
c) Na aceitação de sua presença em seus domicílios	1. <input type="checkbox"/> Muito	2. <input type="checkbox"/> Pouco	3. <input type="checkbox"/> Não interfere	4. <input type="checkbox"/> Não sabe
d) Na observação de focos de riscos no ambiente familiar e social	1. <input type="checkbox"/> Muito	2. <input type="checkbox"/> Pouco	3. <input type="checkbox"/> Não interfere	4. <input type="checkbox"/> Não sabe
e) Na mobilização da população em torno dos problemas ambientais e de saúde	1. <input type="checkbox"/> Muito	2. <input type="checkbox"/> Pouco	3. <input type="checkbox"/> Não interfere	4. <input type="checkbox"/> Não sabe
f) Na participação da população nos Conselhos Locais de Saúde	1. <input type="checkbox"/> Muito	2. <input type="checkbox"/> Pouco	3. <input type="checkbox"/> Não interfere	4. <input type="checkbox"/> Não sabe
g) No acompanhamento do usuário na marcação ou encaminhamento para consultas e exames em outros serviços de saúde	1. <input type="checkbox"/> Muito	2. <input type="checkbox"/> Pouco	3. <input type="checkbox"/> Não interfere	4. <input type="checkbox"/> Não sabe
h) No acompanhamento do usuário na internação hospitalar	1. <input type="checkbox"/> Muito	2. <input type="checkbox"/> Pouco	3. <input type="checkbox"/> Não interfere	4. <input type="checkbox"/> Não sabe
i) No retorno para os cuidados da ESF dos pacientes encaminhados para serviços especializados (contra-referência)	1. <input type="checkbox"/> Muito	2. <input type="checkbox"/> Pouco	3. <input type="checkbox"/> Não interfere	4. <input type="checkbox"/> Não sabe

<p><b>E. INTERSETORIALIDADE</b></p> <p><b>E1.</b> Você trabalha em conjunto com outras instituições, organizações ou grupos da comunidade para realização de ações intersetoriais?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sempre</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Poucas vezes</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><b>E2.</b> Você participa de alguma atividade voltada para a solução /encaminhamento de problemas de sua comunidade junto com outros órgãos públicos ou entidades da sociedade?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não participa (VÁ PARA E4)</p>	<p><b>E3.</b> Junto a órgãos públicos ou entidades da sociedade relacionados a que tipos de problemas? (<b>Admite mais de uma resposta</b>)</p> <p>a. <input type="checkbox"/> Escola/educação</p> <p>b. <input type="checkbox"/> Moradia</p> <p>c. <input type="checkbox"/> Urbanismo (ruas, praças, iluminação pública, etc.)</p> <p>d. <input type="checkbox"/> Água</p> <p>e. <input type="checkbox"/> Esgoto</p> <p>f. <input type="checkbox"/> Coleta de lixo</p> <p>g. <input type="checkbox"/> Segurança pública</p> <p>h. <input type="checkbox"/> Transporte</p> <p>i. <input type="checkbox"/> Geração de renda /trabalho</p> <p>j. <input type="checkbox"/> Outro.</p>
--	--

**E4.** A equipe executa as ações na sua área de atuação em parceria e/ou articulação informal com ONG, associações, conselhos, igrejas e movimentos sociais.

1. ( ) Sempre
2. ( ) Na maioria das vezes
3. ( ) Poucas vezes
4. ( ) Nunca
9. ( ) Não sabe Informar

**E5.** Em sua opinião, a presença das lideranças comunitárias no levantamento de informações sobre as condições de vida e saúde da comunidade foi:

1. ( ) Forte
2. ( ) Fraca
3. ( ) Não houve participação das lideranças
9. ( ) Não sabe informar

**E6.** Existem iniciativas em funcionamento da sua equipe, realizadas em conjunto com a população, com ênfase no desenvolvimento comunitário?

1. ( ) Sempre
2. ( ) Na maioria das vezes
3. ( ) Poucas vezes
4. ( ) Nunca
9. ( ) Não sabe Informar

**E7.** Existe um Conselho Local de Saúde em sua unidade?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não (VÁ PARA E12)
9. ( ) Não sabe informar (VÁ PARA E12)

**E8.** Você participa do Conselho Local de Saúde?

1. ( ) Sempre
2. ( ) Ocasionalmente
3. ( ) Nunca participa (VÁ PARA E12)

**E9.** Você participa do Conselho Local de Saúde na qualidade de:

1. ( ) Representante da Equipe de Saúde da Família
2. ( ) Observador
3. ( ) Representante da comunidade
4. ( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

**E10.** Como você avalia as atividades do Conselho Local de Saúde para a melhoria das condições de saúde da comunidade?

1. ( ) Muito relevante
2. ( ) Relevante
3. ( ) Pouco relevante
4. ( ) Nada relevante
5. ( ) Não sabe avaliar

**E11.** Você avalia que os trabalhos no Conselho Local de Saúde se dão:

1. ( ) Sem conflito
2. ( ) Com pouco conflito
3. ( ) Com conflito
4. ( ) Com muito conflito
5. ( ) Não sabe avaliar

**E12.** Você participa regularmente de outros fóruns de formulação da política e de ações de saúde?

1. ( ) Sim.
2. ( ) Não (VÁ PARA E14)

**E13** Em caso positivo, quais? (**Admite mais de uma resposta**)

- a. ( ) Conselho Municipal de Saúde
- b. ( ) Conselho Distrital de Saúde
- c. ( ) Conferência Municipal de Saúde
- d. ( ) Conferência Estadual de Saúde
- e. ( ) Conferência Nacional de Saúde
- f. ( ) Plenárias de Conselheiros de Saúde
- g. ( ) Fóruns intersetoriais
- h. ( ) Outros.

**E14.** Você participa de alguma organização de representação da categoria profissional:

1. ( ) Sim.  
Qual? \_\_\_\_\_
2. ( ) Não.

**Obrigada por responder a este questionário.**





Universidade Federal de Uberlândia  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

Av. João Naves de Ávila, nº 2121 - Bloco A – sala 224 - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG –  
CEP 38408-144 - FONE/FAX (34) 3239-4131

ANÁLISE FINAL Nº. 668/11 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O ROTOCOLO REGISTRO CEP/UFU  
197/11

Projeto Pesquisa: “ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UBERLÂNDIA: aplicação e análise de uma metodologia de avaliação de unidades básicas de saúde da família e satisfação dos usuários”.

Pesquisador Responsável: Julio Cesar de Lima Ramires

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

O CEP/UFU lembra que:

a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.

b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.

c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução 196/96/CNS, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Data para entrega de Relatório Parcial: **julho de 2012**

Data para entrega de Relatório Final: **abril de 2013**

SITUAÇÃO: PROTOCOLO APROVADO

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

Uberlândia, 21 de outubro de 2011.

Profa. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado  
Coordenadora do CEP/UFU

Autorização de início de pesquisa

Uberlândia, 03 de abril de 2012

Autorizamos a pesquisadora **Maria José Rodrigues**, a realizar a pesquisa intitulada: **ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UBERLÂNDIA: aplicação e análise de uma metodologia de avaliação de unidades básicas de saúde da família e satisfação dos usuários**, da Universidade Federal de Uberlândia, a iniciar a pesquisa nas **UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia.

**Diretoria de Gestão de Pessoas e Educação  
em Saúde – SMS**

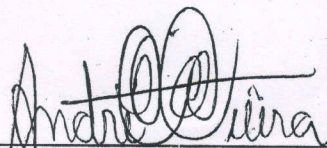
**Telefone:** 3256 3814

**E-mail:** estagios@uberlandia.mg.gov.br

**Blog:** <http://nucleodeestagios.blogspot.com/>

**Avenida** Av. Ortízio Borges, 196 – Santa Mônica

Atenciosamente,



**André Vitorino Vieira**  
GERÊNCIA DE ESTÁGIOS  
Diretoria de Gestão de Pessoas,  
de Uberlândia - MG  
Saúde / SMS - Uberlândia - MG

André Vitorino Vieira – Psicólogo

Diretoria de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde